



# DZIENNIK URZĘDOWY

## MINISTRA ZDROWIA

---

Warszawa, dnia poniedziałek, 18 marca 2024 r.

Poz. 19

### OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 18 marca 2024 r.

#### **w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych<sup>2)</sup>**

Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, 1733 i 1938) ustala się na dzień 1 kwietnia 2024 r. wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych, stanowiący załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

<sup>2)</sup> Niniejsze obwieszczenie zawiera także leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyroby medyczne, które są objęte refundacją 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., od dnia 1 września 2022 r., od dnia 1 listopada 2022 r., od dnia 1 stycznia 2023 r., od dnia 1 marca 2023 r., od dnia 1 maja 2023 r., od dnia 1 lipca 2023 r., od dnia 1 września 2023 r., od dnia 1 listopada 2023 r. oraz od dnia 1 stycznia 2024 r. na okres obowiązywania decyzji o objęciu refundacją tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyrobów medycznych.

## Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2024-03-18 (poz. 19)

## Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2024-04-01

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	2022-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	12,30	13,28	14,08	18,95	18,95	Cukrzyca		30%	5,69
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	2022-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	8,70	9,40	9,96	12,77	9,48	Cukrzyca		30%	6,13
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,10	8,75	9,29	11,26	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,16
4	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2024-04-01	5 lat	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	9,24	9,98	10,57	14,56	14,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,35
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	8,98	9,70	10,28	14,21	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,88
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	14,50	15,66	16,60	23,04	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,52
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	29,00	31,32	33,20	42,67	42,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,34
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	10,50	11,34	12,02	15,95	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	17,50	18,90	20,03	26,47	25,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2022-05-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postaci do stosowania doustnego	35,00	37,80	40,07	49,54	49,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,77
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postaci do stosowania doustnego	10,67	11,52	12,21	16,14	12,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,83
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postaci do stosowania doustnego	19,47	21,03	22,29	28,73	25,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,45
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postaci do stosowania doustnego	35,99	38,87	41,20	50,67	50,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,81
14	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blister po 4 szt.)	05909990072156	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,65	8,26	8,80	12,30	12,30	Osteoporoza		30%	3,69
15	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,10	6,59	7,13	10,63	10,63	Osteoporoza		30%	3,19
16	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2022-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,00	5,40	5,94	9,44	9,44	Osteoporoza		30%	2,83
17	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	2024-04-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,83	8,46	9,00	12,50	12,50	Osteoporoza		30%	3,19
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,85	8,48	9,02	12,52	12,50	Osteoporoza		30%	3,77
19	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	11,77	12,71	13,48	18,21	18,21	Osteoporoza		30%	5,46
20	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blister po 4 szt.)	05909991032517	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,73	8,35	8,89	12,39	12,39	Osteoporoza		30%	3,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	8,40	9,07	9,61	13,32	13,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	11,99
22	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	2,80	3,02	3,56	5,03	4,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	4,53
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	91,00	98,28	104,18	117,55	94,82	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	25,93
24	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	191,00	206,28	218,66	236,03	189,65	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	49,58
25	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	2022-11-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby - kwas ursodeoksycholowy	72,90	78,73	83,45	95,19	75,09	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	42,63
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2023-09-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby - kwas ursodeoksycholowy	75,15	81,16	86,03	98,48	83,43	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	40,08
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2022-11-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby - kwas ursodeoksycholowy	68,00	73,44	77,85	89,59	75,09	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	37,03
28	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2023-01-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby - kwas ursodeoksycholowy	45,00	48,60	51,52	61,13	50,06	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby; Wewnątrzwątrobowa cholestaza cięższych		30%	26,09
29	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794	2022-09-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby - kwas ursodeoksycholowy	62,00	66,96	70,98	83,43	83,43	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	25,03
30	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	36,86	45,74	45,74	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
31	Acidum valproicum	Convulex, 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	32,20	34,78	36,86	45,74	45,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
32	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	11,06	15,17	13,72	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,65
33	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	9,66	10,43	11,06	15,17	13,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,45
34	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	22,19	28,86	27,44	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,62
35	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	19,39	20,94	22,19	28,86	27,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,42
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	12,99	17,01	14,16	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,05
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. 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	11,35	12,26	12,99	17,01	14,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,85
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,45	15,61	16,55	22,35	22,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. 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	14,45	15,61	16,55	22,35	22,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
40	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	17,80	23,60	23,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
41	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. 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	15,55	16,79	17,80	23,60	23,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
42	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,58	6,03	6,57	8,17	4,72	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,65
43	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulaty 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	5,58	6,03	6,57	8,17	4,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,45
44	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	43,01	46,45	49,24	57,93	47,20	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	13,93
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulaty 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	43,01	46,45	49,24	57,93	47,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,73
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,79	13,81	14,64	18,11	11,80	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulaty 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	12,79	13,81	14,64	18,11	11,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,31
48	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,50	23,22	24,61	30,41	23,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	10,01
49	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulaty 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	21,50	23,22	24,61	30,41	23,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,81
50	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,18	34,75	36,84	44,20	35,40	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	12,00
51	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulaty 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	32,18	34,75	36,84	44,20	35,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,80
52	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 - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	111,41	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
53	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163	2023-09-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	111,41	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
54	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	2023-01-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	105,68	105,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
55	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 - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	109,12	109,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
56	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,21	163,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
57	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	45,79	55,54	49,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,84
58	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,36	389,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
59	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	96,00	103,68	109,90	124,75	124,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
60	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,21	163,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
61	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2023-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	45,79	55,54	49,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,84
62	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwłuszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,36	389,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
63	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	41,00	44,28	46,94	56,98	56,98	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%	28,49
64	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	46,90	50,65	53,69	64,28	62,94	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	20,22
65	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,50	52,38	55,52	66,48	66,48	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,94
66	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2022-03-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,00	48,60	51,52	62,11	62,11	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,63



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
67	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2021-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,95	49,63	52,61	63,20	62,94	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,14
68	Agomelatinum	Lamogom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	0383898699352	2021-05-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,73	49,39	52,35	62,94	62,94	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,88
69	Agomelatinum	Symago, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991391423	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,73	49,39	52,35	62,94	62,94	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,88
70	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	2022-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	330,92	357,39	378,84	409,55	409,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41
71	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	18,00	19,44	20,61	26,72	25,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,38
72	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedl. 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	12,50	13,50	14,31	20,42	20,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
73	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. 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	8,45	9,13	9,68	12,25	8,54	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,91
74	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	22,50	24,30	25,76	31,87	25,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,53
75	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,25	5,67	6,21	8,81	8,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
76	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,80	10,58	11,22	15,46	15,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
77	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,20	11,02	11,67	16,23	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
78	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,10	5,51	6,05	8,65	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
79	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	30,60	33,05	35,04	44,17	44,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
80	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,18	9,91	10,51	14,75	14,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
81	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,09	5,50	6,04	8,64	8,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
82	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,17	9,90	10,50	14,74	14,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
83	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,44	5,88	6,42	9,02	9,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
84	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,90	10,69	11,33	15,57	15,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
85	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna	13,80	14,90	15,80	21,10	21,10	Choroba i zespół Parkinsona	dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie	30%	6,33
86	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	5 lat - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,00	6,48	7,02	10,68	10,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczoówka nerkopochodna	30%	2,72
87	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,50	5,94	6,48	8,48	6,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczoówka nerkopochodna	30%	3,42
88	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2024-04-01	3 lata	31.0, Leki przeciwartymiczne klasy III - amiodaron	22,13	23,90	25,34	32,49	32,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
89	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2023-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	21,60	23,33	24,73	31,80	29,92	Schizofrenia		ryczałt	5,08
90	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2023-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	49,45	59,75	59,75	Schizofrenia		ryczałt	3,20
91	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2023-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	98,91	113,21	113,21	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
92	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	40,75	44,01	46,66	56,96	56,96	Schizofrenia		ryczałt	3,20
93	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,60	93,53	99,14	113,44	113,44	Schizofrenia		ryczałt	3,20
94	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2021-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,70	93,64	99,25	113,55	113,55	Schizofrenia		ryczałt	3,20
95	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	21,90	23,65	25,07	32,14	29,92	Schizofrenia		ryczałt	5,42
96	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,27	46,73	49,54	59,84	59,84	Schizofrenia		ryczałt	3,20
97	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,54	93,46	99,07	113,37	113,37	Schizofrenia		ryczałt	3,20
98	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207	2024-04-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	42,00	45,36	48,08	58,38	58,38	Schizofrenia		ryczałt	3,20
99	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214	2024-04-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	84,00	90,72	96,16	110,46	110,46	Schizofrenia		ryczałt	3,20
100	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	22,00	23,76	25,19	32,26	29,92	Schizofrenia		ryczałt	5,54
101	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,95	47,47	50,32	60,62	59,84	Schizofrenia		ryczałt	3,98
102	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114	2022-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,34	110,34	Schizofrenia		ryczałt	3,20
103	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991471248	2022-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,34	110,34	Schizofrenia		ryczałt	3,20
104	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991452261	2021-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	84,00	90,72	96,16	110,46	110,46	Schizofrenia		ryczałt	3,20
105	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	87,90	94,93	100,62	114,92	114,92	Schizofrenia		ryczałt	3,20
106	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2023-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	49,45	59,75	59,75	Schizofrenia		ryczałt	3,20
107	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2023-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	98,91	113,21	113,21	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
108	Amlodipini besilas	ApoAml0, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	6,48	11,03	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,31
109	Amlodipini besilas	ApoAml0, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,80	3,02	3,56	6,15	6,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,85
110	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,90	8,53	9,07	13,62	13,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,09
111	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,70	5,08	5,62	8,21	8,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,46
112	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,04	9,76	10,35	14,90	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,47
113	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,20	16,42	17,40	24,58	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,37
114	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,60	16,85	17,86	25,04	25,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,51
115	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,54	4,90	5,44	8,03	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,41
116	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,60	8,21	8,75	13,30	13,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,99
117	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,80	8,42	8,96	13,51	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,05
118	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	15,88	15,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
119	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,10	5,51	6,05	8,64	8,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,59
120	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	15,88	15,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,76
121	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,48	19,96	21,16	28,34	28,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,50
122	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,95	5,35	5,89	8,48	8,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,54
123	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,24	9,98	10,57	15,12	15,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,54
124	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	0590999800551	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,14	6,63	7,17	11,72	11,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,52
125	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	0590999800469	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,45	3,73	4,27	6,86	6,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,06
126	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	0590999842698	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,40	6,91	7,45	12,00	12,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,60
127	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	0590999842476	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,60	3,89	4,43	7,02	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,11
128	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,69	6,15	6,69	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,31
129	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	10,13	14,68	14,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
130	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	10,13	14,68	14,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,40
131	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,90	9,61	10,18	14,73	14,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,42
132	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,35	12,26	12,99	17,54	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,41
133	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,77	4,07	4,61	7,05	7,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,12
134	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	6,64	9,23	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,16
135	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,73	14,83	15,71	20,26	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,32
136	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,78	10,56	11,20	13,79	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,95
137	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,00	9,72	10,30	14,85	14,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
138	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,80	4,10	4,64	6,11	4,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,08
139	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,50	4,86	5,40	7,99	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,40
140	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,86	8,49	9,03	13,58	13,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
141	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,90	4,21	4,75	7,34	7,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,20
142	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	15,88	15,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,76
143	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,95	5,35	5,89	8,48	8,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,54
144	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,85	16,04	17,00	23,14	23,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,94
145	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,65	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,70
146	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,75	5,13	5,67	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardzią układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,48
147	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
148	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
149	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	8,75	9,29	12,45	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,96
150	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
151	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
152	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,27
153	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83
154	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,25	8,91	9,45	12,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,12
155	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,68	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,70
156	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42
157	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42
158	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,42
159	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,44	19,92	21,11	26,47	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,49
160	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,44	19,92	21,11	26,47	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,49
161	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,44	19,92	21,11	26,47	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,49
162	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,65	21,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,27



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
163	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,25	26,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
164	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,21	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,22
165	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,27	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,71
166	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	26,87	29,02	30,76	38,72	38,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
167	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	17,64	19,05	20,20	26,16	23,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,52
168	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,25	26,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
169	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,27	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,71
170	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,76	13,78	14,61	19,70	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,89
171	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,65	21,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,27
172	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,21	10,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,22
173	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	11,58	12,27	16,61	15,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
174	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,26	10,00	10,61	15,94	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
175	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	14,38	14,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
176	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	9,40	9,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
177	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	11,85	12,80	13,56	18,89	18,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
178	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990293124	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	4,88	5,27	5,81	8,95	8,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
179	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	15,34	16,57	17,56	23,52	23,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,49
180	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	23,36	25,23	26,74	34,70	34,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
181	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 750 mg	16 szt.	05909990293223	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,15	7,72	8,26	12,60	12,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
182	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	14,81	15,99	16,96	23,29	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
183	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990788453	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	10,86	10,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
184	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powł., 750 mg	20 szt.	05909990788477	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	15,39	15,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	24,76	26,74	28,35	35,71	35,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,94
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,75	9,45	10,02	12,71	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,27
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,51	17,83	18,90	23,59	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,71
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,17	13,14	13,93	18,71	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,14
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,39	18,78	19,90	26,86	26,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,43
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,45	27,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,73
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,30	23,00	24,39	31,35	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,36
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	34,34	42,84	42,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,42
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,20	17,50	18,54	23,47	19,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,95
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	25,80	27,86	29,54	37,18	37,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	23,87	25,30	33,03	33,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,52
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	14,58	15,75	16,69	22,21	22,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,11
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	16,35	16,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,18
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,22	25,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,61
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	17,18	17,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,59
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,40	23,11	24,49	32,13	32,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,07
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	25,96	33,32	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,66
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	11,34	12,25	12,98	17,67	17,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,84
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,02	12,98	13,76	18,54	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,97
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 sasz.	05903060615908	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	23,87	25,30	33,03	33,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,00	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,01
206	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 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,73	24,55	26,02	33,66	33,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,83
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,03	10,83	11,48	15,41	12,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,99
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,23	14,29	15,14	19,92	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,35
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,35	20,90	22,15	29,11	29,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,40	20,95	22,20	29,16	29,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,58
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,45	21,01	22,27	29,23	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,62
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,13	23,90	25,34	32,30	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,31
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,15	23,92	25,36	32,32	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,33
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,42	26,37	27,96	34,92	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,93
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,52	31,88	33,79	42,29	42,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
216	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 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	27,95	30,19	32,00	39,64	38,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,61
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	17,34	18,73	19,85	24,78	19,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,26
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	20,33	27,29	27,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,65
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	10,36	15,05	15,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,53
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	20,79	22,04	29,00	29,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,50
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	20,33	27,29	27,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,65
222	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,75	26,73	28,34	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,42
223	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,00	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,01
224	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	28,14	28,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,07
225	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,48	28,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,24
226	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	40,53	40,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
227	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	32,28	41,04	41,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,52
228	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,95	35,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,96
229	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,99	20,51	21,74	26,43	17,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,80
230	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,06	10,86	11,51	14,20	8,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,78
231	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	16,77	18,11	19,20	23,98	17,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,87
232	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,26	26,20	27,78	34,22	25,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,23
233	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	40,04	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,55
234	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	38,44	41,52	44,01	52,77	44,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	27,25
235	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonias	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,22	25,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,61
236	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,25	40,23	42,65	52,36	52,36	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
237	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	43,50	46,98	49,80	59,51	52,94	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	6,57
238	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991457808	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,15	36,88	39,10	48,81	48,81	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
239	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,80	51,62	54,72	64,43	52,94	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	11,49
240	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,41	52,94	<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	3,47
241	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,80	48,38	51,29	61,00	52,94	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	8,06
242	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991464288	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,46	40,46	42,89	52,91	52,91	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
243	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2.5 mg	20 szt.	05909990861040	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	<1>>3 lata/<2>>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	63,39	68,46	72,57	80,38	34,36	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	56,33
244	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2023-05-01	2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	225,00	243,00	257,58	275,11	192,42	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	140,42



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
245	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	80,91	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> , doksorubicyny i cyklofosfamid – profilaktyka		ryczałt	3,20
246	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	80,91	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> , doksorubicyny i cyklofosfamid – profilaktyka		ryczałt	3,20
247	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2022-11-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	85,00	91,80	97,31	109,53	80,91	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> , doksorubicyny i cyklofosfamid – profilaktyka		ryczałt	31,82
248	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	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	55,00	59,40	62,96	75,18	75,18	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> , doksorubicyny i cyklofosfamid – profilaktyka		ryczałt	3,20
249	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,89	112,20	118,93	134,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,26
250	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	62,98	68,02	72,10	86,03	86,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
251	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	63,00	68,04	72,12	86,05	86,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
252	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,02	86,42	91,61	105,54	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,16
253	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	125,96	136,04	144,20	162,19	162,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
254	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	126,00	136,08	144,24	162,23	162,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
255	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,00	172,80	183,17	201,16	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
256	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	320,11	345,72	366,47	389,49	389,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
257	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol. proszku + fiol. rozp.	05702157142200	2023-09-01	3 lata	178.12, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	785,70	848,56	899,47	935,21	935,21	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia aripiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
258	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,30	81,32	86,21	100,14	100,14	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
259	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	57,00	61,56	65,25	76,71	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,86
260	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	114,00	123,12	130,51	145,97	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	15,84
261	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	170,15	183,76	194,79	212,78	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,59
262	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	83,80	90,50	95,94	109,87	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,49
263	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
264	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	253,50	273,78	290,21	310,72	301,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
265	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	162,76	175,78	186,33	204,32	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,13
266	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	57,00	61,56	65,25	76,71	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,86
267	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	114,00	123,12	130,51	145,97	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	15,84
268	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	170,15	183,76	194,79	212,78	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,59
269	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	83,80	90,50	95,94	109,87	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	12,49
270	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
271	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	253,50	273,78	290,21	310,72	301,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	17,94
272	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	162,76	175,78	186,33	204,32	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,13
273	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	103,89	112,20	118,93	134,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,62
274	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	5 lat - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,06
275	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
276	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	331,13	357,62	379,08	402,10	402,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	10,16
277	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,60
278	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	72,50	78,30	83,00	96,93	96,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
279	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	50,50	54,54	57,81	69,27	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,42
280	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,50	86,94	92,16	106,09	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,71
281	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	86,40	93,31	98,91	113,17	107,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,61
282	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
283	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	145,00	156,60	166,00	184,35	184,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,40
284	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	263,92	285,03	302,14	323,19	323,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	9,60
285	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
286	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	89,00	96,12	101,89	116,15	107,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
287	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	92,74	100,16	106,16	120,09	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,71
288	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blisterach perforowanych)	05909991270223	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	92,74	100,16	106,16	120,09	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,71
289	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	64,40	69,55	73,72	87,65	87,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
290	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	64,00	69,12	73,27	84,73	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	20,88
291	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	129,00	139,32	147,68	163,14	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	33,01
292	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	97,75	105,57	111,91	125,84	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	28,46
293	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	196,75	212,49	225,24	243,23	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	48,04
294	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,90	52,81	55,98	67,44	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,59
295	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	97,80	105,62	111,96	127,42	127,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
296	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	73,36	79,23	83,98	97,91	97,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
297	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	146,72	158,46	167,96	185,95	185,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
298	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	146,72	158,46	167,96	185,95	185,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
299	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	293,44	316,92	335,93	358,95	358,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
300	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	24,45	26,41	27,99	35,92	33,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,59
301	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	48,90	52,81	55,98	67,44	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,59
302	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	63,30	68,36	72,47	83,93	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	20,08
303	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	126,59	136,72	144,93	160,39	134,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	30,26
304	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	94,94	102,54	108,69	122,62	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	25,24
305	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	189,89	205,08	217,38	235,37	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	40,18
306	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	178,00	192,24	203,77	221,76	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	26,57
307	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	51,94	56,10	59,46	70,92	67,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,07
308	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,98	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
309	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	80,60	87,05	92,28	106,21	100,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,83
310	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,22	201,16	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
311	Atomoxetine	Atofab, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	09008732012224	2022-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,49	52,37	55,51	66,41	66,41	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
312	Atomoxetine	Atofab, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	09008732012231	2022-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,60	83,81	88,84	102,63	102,63	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
313	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,50	52,38	55,52	66,42	66,42	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
314	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,56	83,76	88,79	102,58	102,58	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
315	Atomoxetine	Auroxetyln, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2021-05-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,60	23,33	24,73	31,41	26,57	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	8,04
316	Atomoxetine	Auroxetyln, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2021-05-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,88	41,99	44,51	53,86	47,82	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	9,24
317	Atomoxetine	Auroxetyln, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	55,12	59,53	63,10	74,00	66,42	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	10,78
318	Atomoxetine	Auroxetyln, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	88,48	95,56	101,29	115,08	106,27	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	12,01
319	Atomoxetine	Auroxetyln, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241	2023-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	80,00	86,40	91,58	105,69	105,69	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
320	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,88	23,63	25,05	31,73	26,57	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	8,36
321	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	39,38	42,53	45,08	54,43	47,82	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	9,81
322	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	54,69	59,07	62,61	73,51	66,42	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	10,29
323	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	87,50	94,50	100,17	113,96	106,27	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	10,89
324	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,49	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
325	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,95	7,51	8,05	10,69	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,79
326	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	11,66	12,37	15,01	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,11
327	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,25	13,23	14,03	18,65	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,85
328	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,70	23,44	24,84	29,46	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,66
329	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,36	25,23	26,74	34,02	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
330	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,05	7,61	8,15	9,65	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,70
331	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,20	14,26	15,11	17,75	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,85
332	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,95	25,87	27,42	32,04	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,24
333	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,96	7,52	8,06	9,56	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,61
334	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,84	22,51	23,86	27,65	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
335	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,67	10,44	11,07	13,71	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	7,81
336	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,05	19,49	20,66	25,28	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	13,48
337	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	39,46	25,29	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 przeszczepieniu narządów	30%	21,76
338	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,30	14,36	15,23	19,02	12,64	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 przeszczepieniu narządów	30%	10,17
339	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,19	27,21	28,84	35,10	25,29	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 przeszczepieniu narządów	30%	17,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
340	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,33	20,88	22,13	26,75	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,95
341	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,10	38,99	41,33	48,61	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	25,01
342	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,49	59,93	63,53	72,77	50,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	37,36
343	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	39,46	25,29	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,76
344	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,66	41,75	44,26	51,54	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	27,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
345	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,29	6,79	7,33	9,97	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,07
346	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,58	13,59	14,40	19,02	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,22
347	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	5,71	6,25	8,89	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,99
348	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,87	17,14	18,17	24,43	24,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,33
349	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	16,06	16,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
350	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	4,00	5,50	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,55
351	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,95	6,43	6,97	9,61	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,71
352	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,20	9,94	10,53	14,32	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,47
353	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,95	12,91	13,68	18,30	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,50
354	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,32	15,47	16,39	22,65	22,65	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
355	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,09	20,62	21,86	29,14	29,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,74
356	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,00	3,24	3,78	5,28	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,33
357	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,20	6,70	7,24	9,88	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,98
358	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,07	11,96	12,67	17,29	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,49
359	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,60	17,93	19,01	25,27	25,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,58



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
360	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,40	13,39	14,19	18,81	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,01
361	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,13	23,90	25,34	32,62	32,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,79
362	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,20	35,86	38,01	47,25	47,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,18
363	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,02	23,78	25,21	32,49	32,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,75
364	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,20	8,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
365	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,27	15,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,58
366	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,35	2,54	3,08	4,58	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,63
367	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	5,62	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,48
368	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,40	10,15	10,76	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
369	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,80	20,30	21,52	28,80	28,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
370	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,19	7,77	8,31	9,81	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	6,17
371	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,39	15,54	16,47	19,11	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	11,89
372	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,79	31,09	32,96	37,58	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	23,20
373	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,17	28,26	29,96	37,24	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	12,28
374	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,50	7,02	7,56	9,06	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	6,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
375	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,00	11,88	12,59	15,23	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,33
376	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,81	9,51	10,09	14,50	14,50	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,35
377	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	23,35	27,97	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,17
378	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,75	32,13	34,06	41,34	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,74
379	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,65	10,42	11,05	14,84	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
380	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,25	19,71	20,90	27,16	25,29	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,46
381	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,20	39,10	41,44	50,68	50,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,27
382	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	5,62	7,12	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,17
383	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,30	6,80	7,34	9,98	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,08
384	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,35	10,10	10,70	14,49	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
385	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,86	8,49	9,03	11,67	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,77
386	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,48	13,48	14,29	18,91	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,11
387	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,35	19,82	21,01	27,27	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,57
388	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,74	17,00	18,01	22,63	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,83
389	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,16	26,09	27,66	34,94	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
390	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,50	38,34	40,64	49,88	49,88	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,96
391	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,70	4,00	4,54	6,04	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,09
392	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,40	7,99	8,53	11,17	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,27
393	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,10	7,67	8,21	12,00	12,00	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,60
394	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,80	15,98	16,95	21,57	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
395	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,20	15,34	16,25	22,51	22,51	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%	6,75
396	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	40,48	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,88
397	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,00	37,80	40,07	47,35	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,75
398	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,25	6,75	7,29	8,79	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,84
399	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,00	9,72	10,30	12,94	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,04



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
400	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,95	18,31	19,41	24,03	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,23
401	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,39	55,50	58,83	68,07	50,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	32,66
402	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,00	7,56	8,10	9,60	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,65
403	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,00	15,12	16,03	18,67	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,77
404	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	27,83	12,64	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%	18,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
405	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,16	12,05	12,78	15,42	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,52
406	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,80	22,46	23,81	28,43	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,63
407	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,05	33,53	35,54	41,80	25,29	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%	24,10
408	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,85	18,20	19,29	23,91	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,11
409	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,33	29,52	31,29	38,57	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziomopłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
410	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	40,49	43,73	46,35	55,59	50,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,18
411	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,75	42,93	45,51	52,79	33,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	29,19
412	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,15	7,72	8,26	12,05	12,05	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%	3,62
413	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	16,37	22,63	22,63	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%	6,79
414	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	16,37	22,63	22,63	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%	6,79
415	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	14,36	15,51	16,44	20,88	16,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
416	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	14,43	19,21	16,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,73
417	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	14,43	19,21	16,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53
418	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	23,35	30,13	27,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,53
419	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	23,35	30,13	27,80	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,33
420	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-05-01/<3>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,59	55,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,56
421	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,59	55,59	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
422	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,95	15,07	15,97	19,75	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,29
423	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,06	24,90	26,40	30,18	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
424	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,57	14,66	15,53	19,31	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	11,57
425	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,05	6,53	7,07	10,85	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,43
426	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,50	13,50	14,31	16,93	7,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,00
427	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	29,79	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,93
428	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	36,18	42,40	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,61
429	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	39,50	42,66	45,22	52,23	29,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	37,49
430	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997214023	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,22	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,76
431	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997223537	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,80	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,34
432	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	22,67	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	16,21
433	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,22	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,76
434	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997223551	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,80	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
435	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	19,81	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,35
436	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	10,25	10,86	14,64	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,18
437	Azithromycinum	Azycyna, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,42	16,65	17,66	22,26	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,40
438	Azithromycinum	Azycyna, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,30	19,76	20,95	27,17	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,38
439	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	26,68	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,20
440	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	13,51	17,29	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,75
441	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,22	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,76
442	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,50	13,50	14,31	16,93	7,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,00
443	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	23,24	6,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,01
444	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	24,39	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,93
445	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	24,39	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
446	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	29,79	15,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowicydoza	50%	21,93
447	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	36,18	42,40	23,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowicydoza	50%	30,61
448	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	109,50	118,26	125,36	140,98	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
449	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	<1>2023-09-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	250,75	270,81	287,06	307,90	307,90	<1>Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych;<2>Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i średnich dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	92,37
450	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	89,09	89,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
451	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	2022-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	109,50	118,26	125,36	140,98	140,98	Astma		ryczałt	4,80
452	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	131,28	141,78	150,29	165,91	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
453	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	2023-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	131,28	141,78	150,29	165,91	140,98	Astma		ryczałt	29,73
454	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	2023-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	131,28	141,78	150,29	165,91	140,98	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	67,22
455	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	2023-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	262,56	283,56	300,57	320,41	281,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	123,04
456	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990118915	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,10	17,39	18,44	20,61	6,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	17,64
457	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990119011	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,00	24,84	26,33	30,28	13,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	24,34
458	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990118816	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,00	12,96	13,74	15,00	3,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	14,72
459	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	16,97	18,33	19,43	24,24	18,64	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	8,80
460	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,20	19,66	20,83	27,38	27,38	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,69
461	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2022-11-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	11,95	12,91	13,68	17,69	13,93	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	10,73
462	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	50,00	54,00	57,24	68,31	68,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,16
463	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, plyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2023-05-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,60	20,09	21,30	27,85	27,85	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,93



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
464	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	17,97	19,41	20,57	23,59	11,02	Jaskra		30%	15,88
465	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	9,03	9,75	10,34	12,03	5,51	Jaskra		30%	8,17
466	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,45	33,97	36,01	44,01	35,44	Jaskra		ryczałt	11,77
467	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	94,35	101,90	108,01	122,01	106,33	Jaskra		ryczałt	24,64
468	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	39,95	35,44	Jaskra		ryczałt	7,71
469	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,75	90,45	95,88	109,88	106,33	Jaskra		ryczałt	12,51
470	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	27,88	30,11	31,91	39,91	35,44	Jaskra		ryczałt	7,67
471	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	27,72	29,94	31,73	39,73	35,44	Jaskra		ryczałt	7,49
472	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	83,16	89,81	95,20	109,20	106,33	Jaskra		ryczałt	11,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
473	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	29,88	32,27	34,20	42,20	35,44	Jaskra		ryczałt	9,96
474	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	89,68	96,85	102,66	116,66	106,33	Jaskra		ryczałt	19,29
475	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,88	32,27	34,20	42,20	35,44	Jaskra		ryczałt	9,96
476	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2023-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,68	96,85	102,66	116,66	106,33	Jaskra		ryczałt	19,29
477	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	29,99	32,39	34,33	42,33	35,44	Jaskra		ryczałt	10,09
478	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	2022-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	8,95	9,67	10,25	14,16	14,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,25
479	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991447311	2021-09-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	9,69	10,47	11,09	15,00	14,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,09
480	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	11,35	12,26	12,99	17,42	16,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,53
481	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,94	13,98	14,82	20,79	20,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
482	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,47	6,99	7,53	11,11	11,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
483	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,60	16,85	17,86	23,83	23,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
484	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,40	25,27	26,78	34,29	34,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
485	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,80	8,42	8,96	12,54	12,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
486	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,70	12,64	13,39	18,21	18,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
487	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,40	6,91	7,45	11,03	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
488	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,20	3,46	4,00	5,97	5,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
489	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,84	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
490	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,35	4,70	5,24	7,21	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,91
491	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,50	7,02	7,56	11,14	11,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
492	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,74	14,84	15,72	21,69	21,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
493	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,75	4,05	4,59	6,56	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
494	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,87	7,42	7,96	11,54	11,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
495	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,39	6,90	7,44	11,02	11,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
496	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,19	3,45	3,99	5,96	5,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
497	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,63	9,32	9,88	13,46	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,65
498	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,25	18,63	19,75	25,72	25,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
499	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,31	4,65	5,19	7,16	6,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,86
500	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,63	9,32	9,88	13,46	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,65
501	Brexpiprazolom	Rxulti, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05038256002863	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brexspiprazol	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
502	Brexpiprazolom	Rxulti, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05038256002870	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brexspiprazol	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
503	Brexpiprazolom	Rxulti, tabl. powł., 3 mg	28 szt.	05038256002887	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brexspiprazol	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
504	Brexpiprazolom	Rxulti, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05038256002894	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - brexspiprazol	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Schizofrenia u pacjentów dorosłych 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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
505	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,56	18,96	20,10	26,47	26,47	Jaskra		ryczałt	3,20
506	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2022-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	20,50	22,14	23,47	29,84	26,49	Jaskra		ryczałt	6,55
507	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	46,14	49,83	52,82	64,21	64,21	Jaskra		ryczałt	8,00
508	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 przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,23	16,45	17,43	23,80	23,80	Jaskra		ryczałt	3,20
509	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 przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	45,70	49,36	52,32	63,71	63,71	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
510	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641	2023-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,41	26,49	Jaskra		ryczałt	7,12
511	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 przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,07	23,84	25,26	31,63	26,49	Jaskra		ryczałt	8,34
512	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	23,64	25,53	27,06	33,43	26,49	Jaskra		ryczałt	10,14
513	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386	2023-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,80	21,38	22,67	29,04	26,49	Jaskra		ryczałt	5,75
514	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,41	26,49	Jaskra		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
515	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588	2021-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	59,55	64,31	68,17	79,56	79,47	Jaskra		ryczałt	8,09
516	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	2 lata 4 miesiące - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - brivaracetam	317,59	343,00	363,58	386,53	386,53	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
517	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	2 lata 4 miesiące - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - brivaracetam	296,42	320,13	339,35	361,63	361,63	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
518	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990211913	2022-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,20	13,18	13,96	18,80	18,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
519	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,11	58,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
520	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,11	58,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
521	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2023-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	69,48	81,76	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,37
522	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2023-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,69	65,55	69,48	81,76	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
523	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	48,39	52,26	55,39	66,26	66,11	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,35
524	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	48,39	52,26	55,39	66,26	66,11	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
525	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	42,50	45,90	48,65	58,80	58,11	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,89
526	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	42,50	45,90	48,65	58,80	58,11	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,89
527	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	60,60	65,45	69,38	81,66	81,59	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,27
528	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	60,60	65,45	69,38	81,66	81,59	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,55
529	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	38,90	42,01	44,53	51,96	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,66
530	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,96	30,50	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	30,61
531	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	58,55	63,23	67,02	77,81	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,14
532	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	77,81	61,00	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	35,11



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
533	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	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
534	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04
535	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	36,43	39,34	41,71	49,95	36,60	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,55
536	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	49,95	36,60	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	24,33
537	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	18,22	19,68	20,85	26,28	18,30	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,18
538	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	26,28	18,30	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	13,47
539	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	71,12	76,81	81,42	93,30	73,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	26,50
540	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	93,30	73,20	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	42,06
541	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	36,43	39,34	41,71	49,95	36,60	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,55
542	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	49,95	36,60	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	24,33
543	Budesonidum	Budair, 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	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
544	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
545	Budesonidum	Budair, 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	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
546	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	23,04
547	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	42,00	45,36	48,08	58,23	58,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,32
548	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	42,00	45,36	48,08	58,23	58,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,32
549	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	61,00	65,88	69,83	82,11	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,72
550	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	61,00	65,88	69,83	82,11	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,00
551	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,01	407,01	<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
552	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,01	407,01	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	122,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
553	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	305,00	329,40	349,16	371,71	371,71	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56
554	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	2023-03-01	2 lata	11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku	1523,33	1645,20	1743,91	1796,54	1796,54	Leczenie eozynofilowego zapalenia przełyku (ang. eosinophilic esophagitis, EoE) u pacjentów uprzednio leczonych inhibitorami pompy protonowej (IPP) – leczenie indukcyjne, do 12 tygodni (warunkiem wdrożenia leczenia jest udokumentowanie wykonania badania endoskopowego z pobraniem do oceny histopatologicznej co najmniej 6 wycinków błony śluzowej z proksymalnej i dystalnej części przełyku, z potwierdzeniem EoE poprzez obecność równej lub większej od 15 liczby eozynofili w dużym powiększeniu)		ryczałt	4,80
555	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,11	66,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
556	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2022-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,25	52,11	55,24	66,11	66,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
557	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	41,90	45,25	47,96	58,11	58,11	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
558	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	41,90	45,25	47,96	58,11	58,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
559	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,59	81,59	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
560	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,59	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
561	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	48,35	52,22	55,35	66,22	66,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,31
562	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	48,35	52,22	55,35	66,22	66,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,31
563	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	41,90	45,25	47,96	58,11	58,11	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
564	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	41,90	45,25	47,96	58,11	58,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
565	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	59,95	64,75	68,63	80,91	80,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
566	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	59,95	64,75	68,63	80,91	80,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,27
567	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	59,95	64,75	68,63	80,91	80,91	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
568	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	59,95	64,75	68,63	80,91	80,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,27
569	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	60,55	65,39	69,31	81,59	81,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
570	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	60,55	65,39	69,31	81,59	81,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,48
571	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	29,50	31,86	33,77	41,20	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,90
572	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	41,20	30,50	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	19,85
573	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	29,50	31,86	33,77	41,20	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,90
574	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	41,20	30,50	x	wirusowe zapalenie krtni u dzieci do 18 roku życia	30%	19,85
575	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	44,00	47,52	50,37	59,90	46,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,11
576	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	84,00	90,72	96,16	109,69	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,90
577	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	85,00	91,80	97,31	110,84	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,05
578	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	99,95	107,95	114,43	127,96	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,17
579	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	87,12	94,09	99,74	113,27	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,48

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
580	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932	2023-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	94,05	101,57	107,67	121,20	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,41
581	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963	2023-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,23	92,05	97,57	111,10	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,31
582	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	41,99	45,35	48,07	57,60	46,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,81
583	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	83,99	90,71	96,15	109,68	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,89
584	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	84,99	91,79	97,30	110,83	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,04
585	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	100,02	108,02	114,50	128,03	93,99	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	62,24
586	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	100,02	108,02	114,50	128,03	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,24
587	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	99,50	107,46	113,91	127,44	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,65
588	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	57,05	61,61	65,31	75,20	53,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
589	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,32	41,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,16
590	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,32	41,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
591	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,32	41,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,16
592	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,32	41,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
593	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	56,73	54,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,99
594	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	56,73	54,94	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,79
595	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	82,41	82,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
596	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	82,41	82,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
597	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	107,44	107,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
598	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	107,44	107,44	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
599	Buprenorphinum	Transec 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 - postaci do stosowania przezskórnego	42,95	46,39	49,17	59,19	54,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,45
600	Buprenorphinum	Transec 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 - postaci do stosowania przezskórnego	42,95	46,39	49,17	59,19	54,94	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,25
601	Buprenorphinum	Transec 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 - postaci do stosowania przezskórnego	63,42	68,49	72,61	84,97	82,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
602	Buprenorphinum	Transec 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 - postaci do stosowania przezskórnego	63,42	68,49	72,61	84,97	82,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,56
603	Buprenorphinum	Transec 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 - postaci do stosowania przezskórnego	83,90	90,61	96,04	110,06	109,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,38
604	Buprenorphinum	Transec 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 - postaci do stosowania przezskórnego	83,90	90,61	96,04	110,06	109,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,18
605	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538	2022-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	18,45	19,93	21,12	27,64	27,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,29
606	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450	2022-03-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	18,48	19,96	21,16	27,68	27,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,30
607	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	25,00	27,00	28,62	35,14	27,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,76
608	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	14,00	15,12	16,03	20,03	13,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,34
609	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2022-11-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	170,00	183,60	194,62	212,92	212,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
610	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	37,68	40,69	43,14	52,80	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,84
611	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	75,37	81,40	86,28	99,94	99,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,98
612	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	50,25	54,27	57,53	67,19	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,23
613	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	100,50	108,54	115,05	128,71	105,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	54,79
614	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	44,91	48,50	51,41	61,07	52,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,11
615	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	0383007042080	2022-05-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,45	40,45	42,88	52,54	52,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,76



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
616	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	74,90	80,89	85,74	99,40	99,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,82
617	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	134,38	145,13	153,84	167,50	105,60	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	93,58
618	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	75,37	81,40	86,28	99,94	99,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,98
619	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	87,50	94,50	100,17	113,83	105,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,91
620	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816	2023-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcitriol	36,00	38,88	41,21	50,68	47,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,12
621	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823	2023-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcitriol	72,00	77,76	82,43	95,90	95,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,77
622	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2024-04-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,40	135,43	143,55	161,09	161,09	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 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 $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, - dyslipidemia, - nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	48,33
623	Candesartanum cilexetilii	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	16,03	21,39	21,39	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%	6,42
624	Candesartanum cilexetilii	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,70	29,92	31,71	39,87	39,87	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%	11,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
625	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,71	41,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,51
626	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	34,33	42,84	42,84	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%	12,85
627	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,95	15,07	15,97	21,33	21,33	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%	6,40
628	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,98	15,10	16,01	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
629	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,98	15,10	16,01	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
630	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,99
631	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	22,25	22,25	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%	6,68
632	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	31,94	40,10	40,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
633	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	40,17	40,17	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
634	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	40,17	40,17	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
635	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,37	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
636	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,71	41,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,51
637	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	31,94	40,10	40,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
638	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	40,17	40,17	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
639	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	40,17	40,17	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
640	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,37	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,41
641	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,90	32,29	34,23	42,74	42,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,82
642	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,42	32,85	34,83	43,34	43,34	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%	13,00
643	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,97
644	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,99
645	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,51	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,53
646	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,24	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
647	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,26	21,40	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%	13,28
648	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	22,60	22,60	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%	6,78
649	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,60	31,97	33,89	42,40	42,40	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%	12,72
650	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,50	31,86	33,77	42,28	42,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,68
651	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,50	31,86	33,77	42,28	42,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,68
652	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,12
653	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	8,53	11,89	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,87
654	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,75	15,93	16,89	22,54	22,54	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%	6,76
655	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,70	21,28	22,55	27,91	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,93
656	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,85	10,64	11,28	14,44	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
657	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,59	21,40	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,61
658	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,59	21,40	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,61
659	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,77	10,70	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,28
660	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,52	22,93	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,72
661	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,08	68,79	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,34
662	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,52	22,93	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,72
663	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,08	68,79	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,34
664	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,30	11,46	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
665	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,01	34,39	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,45
666	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,30	11,46	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,35
667	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,01	34,39	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,45
668	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,24	21,40	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,26
669	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,24	21,40	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,26
670	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,81	8,43	8,97	12,13	10,70	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,64
671	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,70	16,96	17,97	23,62	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,57
672	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,71	41,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
673	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,71	41,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
674	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,77	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,79
675	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,37	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,41
676	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	13,86	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,37
677	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,99
678	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,80	17,06	18,09	23,45	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,47
679	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,34	29,53	31,30	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
680	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,60	34,13	36,18	44,34	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,38
681	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	33,54	42,05	42,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,62
682	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,34	29,53	31,30	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
683	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	33,54	42,05	42,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,62
684	Candesartanum cilexeteli + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,60	37,37	39,61	48,12	45,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
685	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,99
686	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,41	33,92	35,95	44,11	42,80	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%	14,15
687	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,97
688	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	40,82	43,28	51,44	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,48
689	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	40,82	43,28	51,44	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,48
690	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	26,99	21,40	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%	12,01
691	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	26,79	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,81
692	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,50	38,34	40,64	48,80	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,84
693	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,50	38,34	40,64	48,80	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,84
694	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,97
695	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,90	17,17	18,20	23,56	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,58



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
696	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,71	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,75
697	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,71	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,75
698	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	22,89	28,25	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,27
699	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
700	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	56,00	60,48	64,11	74,27	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,33
701	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
702	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,03	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,07
703	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	13,64	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,15
704	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,60	21,17	22,44	27,80	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,82
705	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	39,01	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
706	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,71	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerywaniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,58
707	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,71	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,86
708	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,71	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerywaniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,91
709	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,71	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,03
710	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	16,02	19,29	11,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerywaniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,04
711	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	16,02	19,29	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	7,16
712	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	19,22	23,08	13,61	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerywaniami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,40
713	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	19,22	23,08	13,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
714	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	32,03	37,56	22,68	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,27
715	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	32,03	37,56	22,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	13,39
716	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	12,53	17,01	17,01	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
717	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	10,94	11,82	12,53	17,01	17,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
718	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	25,05	32,16	32,16	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
719	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	21,88	23,63	25,05	32,16	32,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
720	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,61	8,56	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	4,25
721	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	6,00	6,48	7,02	9,61	8,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,05

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziomoci odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
722	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	21,39	21,39	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
723	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	14,00	15,12	16,03	21,39	21,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
724	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,57	11,34	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	5,43
725	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	9,00	9,72	10,30	13,57	11,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,23
726	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,29	13,61	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,88
727	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	10,86	11,73	12,43	16,29	13,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,68
728	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	217,29	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
729	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	217,29	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
730	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230	2023-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	189,80	204,98	217,29	236,22	236,22	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
731	Carvedilolom	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,10	7,67	8,21	9,64	4,34	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%	6,60
732	Carvedilolom	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,55	10,31	10,93	13,44	8,67	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%	7,37
733	Carvedilolom	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,78	6,24	6,78	7,67	2,17	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%	6,15
734	Carvedilolom	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	9,39	9,95	11,38	4,34	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%	7,51
735	Carvedilolom	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,99	11,87	12,58	15,09	8,67	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%	8,12
736	Carvedilolom	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,12	2,17	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,94
737	Carvedilolom	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,55	8,15	8,69	10,12	4,34	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%	7,08
738	Carvedilolom	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,90	10,69	11,33	13,84	8,67	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%	7,77
739	Carvedilolom	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,75	6,21	6,75	7,64	2,17	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%	6,12
740	Carvedilolom	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	9,96	11,39	4,34	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%	8,35
741	Carvedilolom	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	15,10	8,67	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%	9,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
742	Carvedilolom	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909991016814	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,68	7,21	7,75	8,37	1,08	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%	7,61
743	Carvedilolom	Carvetrend, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909991016913	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,12	2,17	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%	6,60
744	Carvedilolom	Coryol, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990983315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,14	6,63	7,17	8,06	2,17	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%	6,54
745	Carvedilolom	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,12	8,77	9,31	10,74	4,34	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%	7,70
746	Carvedilolom	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	13,96	8,67	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%	7,89
747	Carvedilolom	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,25	6,75	7,29	7,91	1,08	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%	7,15
748	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	9,96	11,39	4,34	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%	8,35
749	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,40	18,79	19,92	22,43	8,67	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%	16,36
750	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	15,10	8,67	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%	9,03
751	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	22,00	23,76	25,19	29,62	17,34	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%	17,48
752	Carvedilolom	Vivacor, tabl., 6.25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,00	6,48	7,02	7,91	2,17	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%	6,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
753	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,00	12,96	13,74	15,17	4,34	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%	12,13
754	Cefaclorum	Ceclor, granulát 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	14,50	15,66	16,60	21,04	15,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,30
755	Cefaclorum	Ceclor, granulát 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	18,50	19,98	21,18	26,66	20,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,34
756	Cefaclorum	Ceclor, granulát 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	29,00	31,32	33,20	40,26	30,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,77
757	Cefaclorum	Ceclor, granulát 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	34,30	37,04	39,27	47,57	41,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,92
758	Cefaclorum	Ceclor, granulát 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	36,00	38,88	41,21	50,13	46,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,90
759	Cefaclorum	Ceclor, granulát 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	43,00	46,44	49,23	59,53	59,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,77
760	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	17,78	19,20	20,36	24,44	13,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,72
761	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	23,70	25,60	27,13	32,12	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,16
762	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	33,18	35,83	37,98	44,39	25,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,84
763	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	35,55	38,39	40,69	47,32	26,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
764	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	12,14	13,11	13,90	18,73	18,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,43
765	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,90	4,21	4,75	5,91	3,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,92
766	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,78	6,24	6,78	8,75	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,07
767	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	6,60	7,13	7,67	10,45	9,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,19
768	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,49	24,29	25,75	30,74	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,60
769	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,79	31,09	32,96	39,37	25,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,14
770	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,44	32,88	34,85	42,57	35,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,19
771	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,79	40,81	43,26	52,69	50,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,84
772	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	13,82	14,66	19,65	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,69
773	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	26,90	25,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,35
774	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,21	26,15	27,71	35,43	35,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,72



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
775	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,66	38,51	40,82	50,25	50,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,16
776	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,89	24,72	26,20	33,92	33,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,96
777	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,05	34,61	36,69	46,12	46,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,06
778	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991353483	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,20	23,98	25,41	33,13	33,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,57
779	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991353490	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,08	33,57	35,58	45,01	45,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,51
780	Cefuroxim	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	24,98	26,98	28,60	36,90	36,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,45
781	Cefuroxim	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	13,38	14,45	15,31	20,79	20,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,47
782	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,55	12,47	13,22	18,21	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,25
783	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	25,99	25,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,44
784	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,20	25,06	26,56	34,28	34,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,14
785	Cefuroxim	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	49,96	53,96	57,20	69,15	69,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
786	Cefuroxim	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	24,98	26,98	28,60	36,90	36,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,45
787	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,45	24,25	25,70	33,42	33,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,71
788	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409	2022-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,60	38,45	40,76	50,19	50,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,10
789	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416	2022-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,00	49,68	52,66	63,83	63,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,92
790	Cefuroxim	Furocef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991231194	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,20	35,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,60
791	Cefuroxim	Furocef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991231217	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,60	36,29	38,47	47,90	47,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,95
792	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,48	14,56	15,43	20,42	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,46
793	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	19,81	26,22	25,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,67
794	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991265328	2022-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,28	26,22	27,80	35,52	35,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,76
795	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,90	29,05	30,79	38,51	35,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,59
796	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2021-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
797	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,00	14,04	14,88	19,87	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,91
798	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,20	19,66	20,83	27,24	25,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,69
799	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,48	35,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,56
800	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,10	50,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,01
801	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,80	39,74	42,13	52,14	52,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,07
802	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,40	19,87	21,06	27,90	27,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,95
803	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,01	8,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,53
804	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,80	28,94	30,68	38,98	38,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,49
805	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,40	14,47	15,34	20,82	20,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,50
806	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	20,44	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,48
807	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulat)	05909990468812	2023-09-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	28,83	31,14	33,00	41,30	41,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
808	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997210605	2021-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,79	24,61	26,09	33,81	33,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,91
809	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,96	24,80	26,29	34,01	34,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,01
810	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,45	25,33	26,85	34,57	34,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,29
811	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	34,62	34,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,31
812	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991399290	2021-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	34,62	34,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,31
813	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,20	35,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,60
814	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,48	35,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,56
815	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,90	34,45	36,51	45,94	45,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,97
816	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	34,72	36,81	46,24	46,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,12
817	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,10	50,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,01
818	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	19,73	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
819	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2022-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,28	27,30	28,94	36,66	35,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,74
820	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2023-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,25	36,99	39,21	48,64	48,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,32
821	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
822	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
823	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
824	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
825	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966	2023-03-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	410,00	442,80	469,37	495,23	495,23	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
826	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,76	8,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
827	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,28	10,02	10,63	14,54	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,12
828	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,36	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,94
829	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,35	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,34
830	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,29	6,79	7,33	10,56	10,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	2,85
831	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	18,17	18,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,90
832	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,24	9,98	10,57	13,80	11,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,25
833	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,95	19,39	20,55	26,97	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,13
834	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,57	7,10	7,64	10,38	8,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,10
835	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,68	8,29	8,83	11,34	8,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,36
836	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,90	11,77	12,47	17,93	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,38
837	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,48	12,40	13,14	18,60	18,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
838	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	13,17	18,63	18,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,59
839	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	16,62	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,20
840	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	79,40	85,75	90,89	104,42	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli		50%	55,87
841	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-11-01	3 lata	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	68,00	73,44	77,85	90,99	90,99	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
842	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina	13,15	14,20	15,06	20,18	20,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna	30%	6,05
843	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,86	6,24	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,82
844	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,86	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,49
845	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,81	20,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
846	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,81	20,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,24
847	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	8,16	8,70	10,68	6,24	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
848	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	8,16	8,70	10,68	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
849	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	16,21	17,18	22,42	20,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	4,81
850	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	16,21	17,18	22,42	20,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,85
851	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	114,00	123,12	130,51	146,39	146,39	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,80
852	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	72,75	78,57	83,29	95,17	73,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	28,37
853	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,44	271,44	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 granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
854	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,57	67,97	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 granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,80



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
855	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	135,93	135,93	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 granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
856	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,44	271,44	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 granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
857	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,49	268,37	284,47	305,50	305,50	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 granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
858	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,50	268,38	284,48	305,51	305,51	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 granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
859	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	256,50	277,02	293,64	314,67	314,67	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>apłazia lub hipoplazia szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazia układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
860	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,57	67,97	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>apłazia lub hipoplazia szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazia układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,80
861	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	135,93	135,93	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>apłazia lub hipoplazia szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazia układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
862	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	2022-09-01	2 lata	257.0, Cyklosporyna	322,00	347,76	368,63	391,72	391,72	Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez		30%	117,52

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
863	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,26	46,72	49,53	57,22	32,62	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>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	27,80
864	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	226,86	245,01	259,71	279,29	271,86	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>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,63
865	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	284,54	307,30	325,74	346,77	314,67	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>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	35,30
866	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,66	61,19	64,86	76,24	67,97	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>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
867	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,13	122,18	129,51	144,89	135,93	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 granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwokrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,16
868	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990678648	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,13	7,70	8,24	9,18	2,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,18
869	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909990678655	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,05	11,93	12,65	14,37	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,36
870	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990678679	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,92	19,35	20,52	23,60	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,14
871	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	11,82	2,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,82
872	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	16,47	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,09
873	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,39	22,02	23,34	26,62	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,85
874	Ciprofibratum	Liponor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibryaty	17,22	18,60	19,71	24,66	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,36
875	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990499113	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,00	7,56	8,10	11,42	11,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,71
876	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,96	5,36	5,90	7,73	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
877	Ciprofloxacynum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,25	7,83	8,37	11,69	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,85
878	Ciprofloxacynum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,99	5,39	5,93	7,76	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,33
879	Ciprofloxacynum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,35	7,94	8,48	11,80	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,31
880	Ciprofloxacynum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,50	8,10	8,64	11,96	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,06
881	Ciprofloxacynum	Proxacin 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991033514	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,50	4,86	5,40	7,23	5,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,28
882	Ciprofloxacynum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,20	7,78	8,32	11,64	11,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,82
883	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,55	14,63	15,51	20,29	18,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,25
884	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	28,07	28,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,04
885	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2021-05-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	50,90	50,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,45
886	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	20,23	18,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,19
887	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,25	18,63	19,75	27,21	27,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,61
888	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	28,39	37,61	37,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
889	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	2021-11-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,53	28,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,27
890	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2021-11-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,28	12,18	12,92	17,93	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,09
891	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2021-11-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	43,50	53,72	53,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,86
892	Clarithromycinum	Klabax EC, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2021-11-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,80	24,62	26,10	33,84	33,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,92
893	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727	2022-01-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,20	28,30	29,99	37,00	29,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,26
894	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710	2022-01-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,98	19,42	20,58	25,59	17,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,75
895	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	12,59	16,37	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,91
896	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	17,63	22,41	18,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,37
897	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	2022-01-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	42,58	45,99	48,74	58,96	58,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,48
898	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	2022-01-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	32,96	35,60	37,74	45,48	35,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,79
899	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	42,72	36,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
900	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	30,36	30,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,18
901	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	34,88	34,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,70
902	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,48	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,13
903	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,12	22,81	24,18	31,14	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,62
904	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	30,30	32,12	40,29	40,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,15
905	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,80	57,02	60,45	71,82	71,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,91
906	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	22,73	24,09	31,05	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,53
907	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,04	7,60	8,14	11,30	10,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,13
908	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,48	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,13
909	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,35	6,86	7,40	9,16	5,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,57
910	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2022-05-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	19,11	19,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
911	Clindamycynum	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	23,00	24,84	26,33	33,63	33,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
912	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800	2022-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,87	12,82	13,59	18,20	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,87
913	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	11,88	12,83	13,60	18,21	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,88
914	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	15,40	16,63	17,63	22,24	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,91
915	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,40	6,91	7,45	9,07	4,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,25
916	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,10	10,91	11,57	15,11	12,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,06
917	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	15,90	17,17	18,20	24,10	24,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
918	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	6,00	6,48	7,02	8,57	4,63	Padaczka		ryczałt	6,07
919	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	12,00	12,96	13,74	18,53	18,53	Padaczka		ryczałt	2,72
920	Clopidamidum	Clopidamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,46	3,74	4,28	9,41	9,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,82
921	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991448318	2024-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplytkowe - klopidogrel	13,50	14,58	15,45	21,80	21,80	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,54



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
922	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2022-05-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	13,98	15,10	16,01	22,36	22,36	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,71
923	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2023-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	14,00	15,12	16,03	22,38	22,38	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,71
924	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2022-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	16,99	18,35	19,45	25,80	25,80	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,74
925	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2024-04-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	24,88	26,87	28,48	34,83	26,33	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	14,76

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
926	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2022-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	17,45	18,85	19,98	26,33	26,33	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,90
927	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991492205	2023-11-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	16,95	18,31	19,41	25,76	25,76	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom		30%	7,73
928	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2024-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	13,45	14,53	15,40	21,75	21,75	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,53
929	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2021-05-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	15,00	16,20	17,17	23,52	23,52	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,06

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
930	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2022-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	14,50	15,66	16,60	22,95	22,95	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,89
931	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2022-03-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	14,50	15,66	16,60	22,95	22,95	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,89
932	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt. (2 blist. po 14 szt.)	05909990762729	2022-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	18,10	19,55	20,73	27,08	26,33	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,65
933	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2021-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	13,08	14,13	14,97	21,32	21,32	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,40

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
934	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2023-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	13,10	14,15	15,00	21,35	21,35	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,41
935	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2022-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	15,00	16,20	17,17	23,52	23,52	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,06
936	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2024-04-01	3 lata	89.6. Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	28,00	30,24	32,05	40,21	40,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,10
937	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	35,00	37,80	40,07	47,93	42,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,80
938	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2024-04-01	3 lata	178.1. Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,92	19,35	20,52	25,63	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,56
939	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2024-04-01	3 lata	178.1. Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	4,84	5,38	7,04	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,77
940	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	23,00	24,84	26,33	31,44	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
941	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	6,50	7,02	7,56	9,22	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,95
942	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	17,48	18,88	20,01	25,12	21,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,05
943	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	34,96	37,76	40,02	47,88	42,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,75
944	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	4,37	4,72	5,26	6,92	5,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,65
945	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01-<2>2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	18.2, Witamina D i jej metabolity - colecalciferol i kalfediol	6,00	6,48	7,02	9,83	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	3,20
946	Colistimethatum natrium	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	330,00	356,40	377,78	401,12	401,12	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	2,72
947	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2022-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	29,00	31,32	33,20	41,53	41,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,77
948	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	3417,00	3690,36	3852,36	3947,16	3947,16	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
949	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077482	2023-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1311,72	1360,36	1360,36	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 jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
950	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077499	2023-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1145,81	1237,47	1311,72	1360,36	1360,36	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 jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
951	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2024-04-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	8,10	8,75	9,29	12,89	12,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,48
952	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-05-01/<2>2022-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,72	89,72	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 włókienia płuc	ryczałt	3,20
953	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2022-03-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,72	89,72	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
954	Cyproteroni acetat	Androcru, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	27,43	29,62	31,41	39,47	36,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
955	Cyproteroni acetat	Androcru, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	68,57	74,06	78,49	91,69	91,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,51
956	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powł., 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	7,30	7,88	8,42	10,77	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,45
957	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 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	8,00	8,64	9,18	11,53	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,21
958	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 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	24,00	25,92	27,48	33,12	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,15
959	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108	2023-11-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	38,00	41,04	43,50	53,20	53,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		50%	26,60
960	Dabigatranum etexilatium	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	2024-04-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	33,15	35,80	37,95	47,76	47,76	Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	3,20
961	Dabigatranum etexilatium	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	2024-04-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	33,15	35,80	37,95	47,76	47,76	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%	14,33
962	Dabigatranum etexilatium	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	2024-04-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	66,30	71,60	75,90	89,71	89,71	Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	3,20
963	Dabigatranum etexilatium	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	2024-04-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	66,30	71,60	75,90	89,71	89,71	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	26,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
964	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806	2024-04-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	45,20	48,82	51,74	63,18	63,18	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%	18,95
965	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851	2024-04-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	90,40	97,63	103,49	118,93	118,93	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%	35,68
966	Dabigatranum etexilatatum	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	2023-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	106,50	115,02	121,92	131,73	51,54	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%	95,65
967	Dabigatranum etexilatatum	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2023-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	106,50	115,02	121,92	133,36	70,28	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%	84,16
968	Dabigatranum etexilatatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	38,99	42,11	44,64	54,45	51,54	Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	6,11
969	Dabigatranum etexilatatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	38,99	42,11	44,64	54,45	51,54	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%	18,37
970	Dabigatranum etexilatatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05907594033269	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	77,98	84,22	89,27	103,08	103,08	Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	3,20
971	Dabigatranum etexilatatum	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05907594033269	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	77,98	84,22	89,27	103,08	103,08	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	30,92
972	Dabigatranum etexilatatum	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	319,01	344,53	365,20	388,19	388,19	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%	116,46



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
973	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	53,17	57,42	60,87	72,31	70,28	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%	23,11
974	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05907594033290	2023-11-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	106,34	114,85	121,74	137,18	137,18	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%	41,15
975	Danazolium	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	190,00	205,20	217,51	236,44	236,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,56
976	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	2024-01-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,40	135,43	143,55	161,09	161,09	<1>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 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 $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, - dyslipidemia, - nadciśnienie tętnicze, - palenie tytoniu, -otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z LVEF $\leq$ 50% oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA; -pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq$ 40%) lub - pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF 41-50%); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR $<$ 60 ml/min/1.73m <sup>2</sup> , albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniami do tych terapii.		30%	48,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
977	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	1385,45	1496,29	1586,07	1635,54	1635,54	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
978	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	461,77	498,71	528,64	556,13	556,13	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
979	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2023-05-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	525,14	567,15	601,18	630,66	630,66	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	189,20
980	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,30	11,12	11,79	15,70	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,28
981	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,89	33,36	35,36	43,32	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,06
982	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	8,62	9,31	9,87	13,67	13,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,10
983	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,93	9,64	10,23	14,14	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,72
984	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2023-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,45	27,49	29,14	37,10	37,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,13
985	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	12,20	13,18	13,96	18,39	17,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
986	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,48	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,06
987	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991359454	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,00	7,56	8,10	12,01	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,60
988	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	08901175035427	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,38	15,53	16,46	22,88	22,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,86
989	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991359478	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,55	23,27	24,67	32,63	32,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,79
990	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	10,79	11,65	12,36	16,79	16,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,04
991	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,95	9,67	10,25	14,16	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,74
992	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	25,31	25,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,59
993	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2024-04-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	20,46	17,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,50
994	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	7,05	7,59	9,73	6,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02
995	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,05	14,09	14,94	18,85	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,43
996	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	25,88	25,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
997	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991480172	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,15	18,52	19,63	26,05	26,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,82
998	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	26,91	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,07
999	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	37,15	37,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,15
1000	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991480189	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	27,76	29,42	37,38	37,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
1001	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2023-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,75	27,81	29,48	37,44	37,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,23
1002	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	146,00	157,68	167,14	184,69	184,69	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
1003	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	184,69	184,69	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%	55,41
1004	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	304,72	329,10	348,84	370,98	369,38	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	8,00
1005	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	370,98	369,38	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%	112,41
1006	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	73,00	78,84	83,57	97,10	92,35	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	7,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1007	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postaciace farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	97,10	92,35	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%	32,46
1008	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	21,50	23,22	24,61	31,98	31,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1009	Dexamethasonum	Demezon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	43,00	46,44	49,23	59,94	59,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,69
1010	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	231,80	250,34	265,37	285,68	285,68	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
1011	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	92,90	100,33	106,35	121,06	121,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,38
1012	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,92	252,63	267,80	288,11	288,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
1013	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,78	50,52	53,56	64,27	64,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,69
1014	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	464,96	502,16	532,29	559,97	559,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	56,89
1015	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,57	101,06	107,11	121,82	121,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,38
1016	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	15,60	16,85	17,86	22,56	16,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1017	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,94	252,66	267,82	288,13	288,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	25,60
1018	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,79	50,53	53,57	64,28	64,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,13
1019	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	7,80	8,42	8,96	11,65	8,03	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	6,14
1020	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,58	101,07	107,13	121,84	121,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
1021	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwłękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	19,37	20,92	22,17	26,84	16,97	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,76
1022	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwłękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	23,23	25,09	26,59	33,93	33,93	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	2,88
1023	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	6,95	7,51	8,05	11,21	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,71
1024	Diclofenacum	Ofen 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	15,70	16,96	17,97	23,43	23,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,93
1025	Diclofenacum	Ofen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137	2022-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1026	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	10,60	11,45	12,14	16,62	16,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1027	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	5,30	5,72	6,26	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
1028	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	14,00	15,12	16,03	21,39	21,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1029	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	10,60	11,45	12,14	15,37	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
1030	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	7,90	8,53	9,07	12,23	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,73
1031	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	10,99	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,29
1032	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	5,30	5,72	6,26	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
1033	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	10,60	11,45	12,14	15,37	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
1034	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	8,60	9,29	9,85	12,39	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,99
1035	Dienogest	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,70	32,08	34,00	42,11	36,42	Endometrioza		ryczałt	8,89
1036	Dienogestum	Aridya, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2021-05-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	26,50	28,62	30,34	38,45	36,42	Endometrioza		ryczałt	5,23
1037	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991473341	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,75	27,81	29,48	37,59	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,37
1038	Dienogestum	Diemono, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909991487270	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,80	27,86	29,54	37,65	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,43
1039	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,70	29,92	31,71	39,82	36,42	Endometrioza		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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1040	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	83,10	89,75	95,14	109,25	109,25	Endometrioza		ryczałt	8,96
1041	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,69	32,07	33,99	42,10	36,42	Endometrioza		ryczałt	8,88
1042	Dienogestum	Symdieno, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,50	29,70	31,48	39,59	36,42	Endometrioza		ryczałt	6,37
1043	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	47,40	51,19	54,26	62,37	36,42	Endometrioza		ryczałt	29,15
1044	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,90	27,97	29,65	37,76	36,42	Endometrioza		ryczałt	4,54
1045	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,43	44,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,33
1046	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,43	44,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1047	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,29	65,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,59
1048	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,29	65,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1049	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	7,40	7,99	8,53	11,87	11,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1050	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	10,99	11,87	12,58	17,13	17,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1051	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	6,50	7,02	7,56	10,15	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,45
1052	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fioł. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	194,73	213,03	208,60	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,63
1053	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fioł. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	194,73	213,03	208,60	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,63
1054	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fioł. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	255,00	275,40	291,92	312,90	312,90	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1055	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,50	34,02	36,06	43,87	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	17,57



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1056	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	53,75	58,05	61,54	72,84	72,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	21,85
1057	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	81,00	87,48	92,73	106,54	106,54	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	31,96
1058	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	18,00	19,44	20,61	25,68	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,53
1059	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	25,95	28,03	29,71	37,52	37,52	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,26
1060	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,20	29,38	31,14	38,95	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,65
1061	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,60	14,69	15,57	20,64	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,49
1062	Donepezili hydrochloridum	Donecil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990683666	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	25,80	27,86	29,54	37,35	37,35	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,21
1063	Donepezili hydrochloridum	Donecil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,30	30,56	32,40	40,53	40,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,36
1064	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,00	28,08	29,76	37,57	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1065	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,93	16,12	17,10	22,17	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,02
1066	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	21,75	23,49	24,90	32,71	32,71	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,81
1067	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	12,90	13,93	14,76	19,83	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,68
1068	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,50	28,62	30,34	38,15	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,85
1069	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,75	14,85	15,75	20,82	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,67
1070	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	22,90	24,73	26,21	34,02	34,02	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,21
1071	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	11,70	12,64	13,39	18,46	18,46	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,54
1072	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,18	30,43	32,26	40,07	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,77
1073	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,84	21,43	22,71	27,78	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	14,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1074	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,50	29,70	31,48	39,29	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,99
1075	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	17,76	19,18	20,34	25,41	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,26
1076	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,50	29,70	31,48	39,29	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,99
1077	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	17,76	19,18	20,34	25,41	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,26
1078	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	205.2, Leki mukolityczne - domaza alfa	2089,00	2256,12	2391,49	2457,07	2457,07	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20
1079	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,23	14,29	15,14	19,84	17,66	Jaskra		ryczałt	5,38
1080	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,85	52,98	Jaskra		ryczałt	7,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1081	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,90	17,17	18,20	22,90	17,66	Jaskra		ryczałt	8,44
1082	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,74	42,92	45,49	54,86	52,98	Jaskra		ryczałt	7,21
1083	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,90	18,25	19,34	24,04	17,66	Jaskra		ryczałt	9,58
1084	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	2022-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	41,00	44,28	46,94	56,31	52,98	Jaskra		ryczałt	8,66
1085	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,56	15,72	16,66	21,36	17,66	Jaskra		ryczałt	6,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1086	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,08	14,13	14,97	19,67	17,66	Jaskra		ryczałt	5,21
1087	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943	2022-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,25	42,39	44,94	54,31	52,98	Jaskra		ryczałt	6,66
1088	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 przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,70	24,52	25,98	32,35	26,49	Jaskra		ryczałt	9,06
1089	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,58	18,99	20,12	26,49	26,49	Jaskra		ryczałt	3,20
1090	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,74	56,96	60,37	71,76	71,76	Jaskra		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1091	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 przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,41	26,49	Jaskra		ryczałt	7,12
1092	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 przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	60,59	71,98	71,98	Jaskra		ryczałt	8,00
1093	Dorzolamidum + Timololum	Ofidorig, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	20,02	26,39	26,39	Jaskra		ryczałt	3,20
1094	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 przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,50	23,22	24,61	30,98	26,49	Jaskra		ryczałt	7,69
1095	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 przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	60,59	71,98	71,98	Jaskra		ryczałt	8,00

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1096	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 przeciwwąskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	20,02	26,39	26,39	Jaskra		ryczałt	3,20
1097	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 przeciwwąskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,47	56,67	60,07	71,46	71,46	Jaskra		ryczałt	8,00
1098	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 alfaadrenergiczne	4,57	4,94	5,48	8,33	8,33	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1099	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfaadrenergiczne	4,57	4,94	5,48	8,33	8,33	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%	2,50
1100	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 alfaadrenergiczne	9,15	9,88	10,48	15,40	15,40	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1101	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfaadrenergiczne	9,15	9,88	10,48	15,40	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,62
1102	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 alfaadrenergiczne	5,20	5,62	6,16	9,01	9,01	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1103	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfaadrenergiczne	5,20	5,62	6,16	9,01	9,01	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%	2,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1104	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	10,40	11,23	11,90	16,82	16,82	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1105	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	11,90	16,82	16,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,05
1106	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	31,20	33,70	35,72	45,36	45,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1107	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,36	45,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,61
1108	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	9,74	10,52	11,15	12,75	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,15
1109	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,74	10,52	11,15	12,75	4,80	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%	9,39
1110	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	13,00	14,04	14,88	17,73	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,32
1111	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,73	9,61	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%	11,00
1112	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	19,20	20,74	21,98	26,90	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,89



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1113	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	26,90	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,45
1114	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,87	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,85
1115	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,87	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,98
1116	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	18,00	19,44	20,61	25,53	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,52
1117	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	20,61	25,53	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	12,08
1118	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	38,66	41,75	44,26	51,90	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,88
1119	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,66	41,75	44,26	51,90	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	25,01
1120	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	10,80	11,66	12,37	13,97	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,37
1121	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	11,66	12,37	13,97	4,80	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1122	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	13,62	14,71	15,60	18,45	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,04
1123	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,62	14,71	15,60	18,45	9,61	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%	11,72
1124	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	17,20	18,58	19,69	24,61	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,60
1125	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,20	18,58	19,69	24,61	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,16
1126	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,04	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,30
1127	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,04	4,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	8,71
1128	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	18,90	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,24
1129	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	18,90	9,61	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%	10,95
1130	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,74	71,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1131	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,74	71,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,37
1132	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,53	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,77
1133	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,53	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,07
1134	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	16,53	17,85	18,92	23,84	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,83
1135	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,53	17,85	18,92	23,84	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,39
1136	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,09	57,34	60,78	70,42	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,39
1137	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,09	57,34	60,78	70,42	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	30,08
1138	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. 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	9,16	9,89	10,49	15,41	15,41	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1139	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,16	9,89	10,49	15,41	15,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1140	Doxazosinum	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	12,89	13,92	14,75	17,60	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,19
1141	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,89	13,92	14,75	17,60	9,61	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%	10,87
1142	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	19,40	20,95	22,20	27,12	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,11
1143	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,40	20,95	22,20	27,12	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,67
1144	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	16,63	17,96	19,04	23,96	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,95
1145	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,63	17,96	19,04	23,96	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,51
1146	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	49,90	53,89	57,12	66,76	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,73
1147	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,90	53,89	57,12	66,76	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,42
1148	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	12,75	13,77	14,60	17,45	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1149	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,75	13,77	14,60	17,45	9,61	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%	10,72
1150	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	17,30	18,68	19,81	24,73	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,72
1151	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	19,81	24,73	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,28
1152	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	17,30	18,68	19,81	24,73	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,72
1153	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,30	18,68	19,81	24,73	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,28
1154	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	33,98	36,70	38,90	46,54	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,52
1155	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,98	36,70	38,90	46,54	38,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,65
1156	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	9,75	10,53	11,17	12,77	4,80	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,17
1157	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,77	4,80	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%	9,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1158	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	12,90	13,93	14,76	17,61	9,61	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,20
1159	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,90	13,93	14,76	17,61	9,61	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%	10,88
1160	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	16,64	17,97	19,05	23,97	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,96
1161	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	19,05	23,97	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,52
1162	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	51,00	55,08	58,38	68,02	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,99
1163	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	51,00	55,08	58,38	68,02	57,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	27,68
1164	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2021-05-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	6,70	7,24	7,78	10,85	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,43
1165	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2024-04-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	8,91	9,62	10,20	13,27	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1166	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	156,50	169,02	179,16	197,04	197,04	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,11
1167	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	156,50	169,02	179,16	197,04	197,04	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,11
1168	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	156,50	169,02	179,16	197,04	197,04	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1169	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	156,50	169,02	179,16	197,04	197,04	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,11
1170	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2022-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,38	10,13	10,74	15,10	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,91
1171	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2022-07-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,76	20,26	21,48	28,44	28,44	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,53
1172	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,71	15,89	16,84	21,20	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	11,01
1173	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,68	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	20,30
1174	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,68	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	20,30
1175	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	58,94	63,66	67,48	77,64	58,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	36,87
1176	Duloxetine	Dulofo, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,85	10,64	11,28	15,64	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,45
1177	Duloxetine	Dulofo, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,70	21,28	22,55	29,51	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,13
1178	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2023-05-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,05	10,85	11,50	16,07	15,60	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,15
1179	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2023-05-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	30,22	30,22	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,07
1180	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,15	10,96	11,62	15,98	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,79
1181	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,30	21,92	23,24	30,20	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,82



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom opłacalności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1182	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,75	10,53	11,17	15,53	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,34
1183	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	2023-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,71	28,71	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,61
1184	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,50	21,06	22,32	29,28	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,90
1185	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	2023-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,00	41,04	43,50	53,66	53,66	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	16,10
1186	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2024-04-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,50	11,34	12,02	16,38	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	6,19
1187	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2024-04-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	31,00	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,62
1188	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	43,49	43,49	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	13,05
1189	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,73	20,23	21,44	28,40	28,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,52
1190	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2024-04-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	31,00	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,62
1191	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,40	40,39	42,81	52,97	52,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,89
1192	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2024-04-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,00	45,36	48,08	58,24	58,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,47
1193	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	60,00	64,80	68,69	81,77	81,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	24,53
1194	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2024-04-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	36,06	44,82	43,68	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	14,24
1195	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,52	40,52	42,95	53,11	53,11	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	15,93
1196	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,75	10,53	11,17	15,53	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,34
1197	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2022-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,50	21,06	22,32	29,28	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,90
1198	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	28,14	30,39	32,22	40,98	40,98	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	12,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1199	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2024-04-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,55	11,39	12,07	16,43	14,56	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	6,24
1200	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	22,98	24,36	31,32	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,94
1201	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2024-04-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,10	22,79	24,16	31,12	29,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,74
1202	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2022-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,56	45,96	48,72	58,88	58,24	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	18,11
1203	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,48	22,12	23,45	30,20	26,72	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,50
1204	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,70	18,04	19,12	25,87	25,87	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,76
1205	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,09	16,30	17,28	24,03	24,03	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,21
1206	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	45,27	48,89	51,83	63,98	63,98	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	19,19
1207	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	2023-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	21,00	22,68	24,04	31,00	28,23	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,24
1208	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	2023-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	63,00	68,04	72,12	84,68	84,68	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	25,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1209	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	<1>2022-11-01<2> <3>2024-04-01	<1>>2 lata/<2> <3>>1 rok	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	136,10	146,99	155,81	172,95	172,95	<1>>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 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 $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadcisnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość; <2>>Przewłękła niewydolność serca u dorosłych pacjentów z LVEF $\leq$ 50% oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA; -pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq$ 40%) lub -pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF 41-50%); <3>>Przewłękła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR <60 ml/min/1.73m <sup>2</sup> , albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniami do tych terapii.		30%	51,89
1210	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,34	4,69	5,23	7,04	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,19
1211	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,53	9,21	9,76	13,04	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,44
1212	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,03	8,67	9,21	12,49	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,95
1213	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,85	16,04	17,00	22,53	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewłękła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1214	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,69	2,91	3,45	4,53	2,79	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	4,08
1215	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,39	5,82	6,36	8,17	5,58	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	5,21
1216	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01-<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	254,44	274,80	291,29	308,08	171,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespól antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespól antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	141,61

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1217	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	48,93	52,84	56,02	63,83	34,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczępieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	32,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1218	Enoxaparinum natriicum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01-<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	96,46	104,18	110,43	121,73	68,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	56,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1219	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01-<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	133,33	144,00	152,64	166,45	103,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu 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 orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	66,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1220	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	171,66	185,39	196,52	211,82	137,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	78,65



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1221	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01-<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	280,89	303,36	321,56	339,42	206,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	139,66

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1222	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	333,28	359,94	381,54	400,63	257,70	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	150,93

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1223	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	161,99	174,95	185,45	202,24	171,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	35,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1224	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	30,40	32,83	34,80	42,61	34,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu 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 orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i połogu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	11,45

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1225	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	66,52	71,84	76,15	87,45	68,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	21,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1226	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	98,04	105,88	112,23	126,04	103,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	26,16

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1227	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	130,23	140,65	149,08	164,38	137,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	31,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1228	Enoxaparinum natriicum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	189,00	204,12	216,37	234,23	206,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<p>&lt;1&gt;zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; &lt;2&gt;terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.</p>	ryczałt	34,47



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1229	Enoxaparinum natriicum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	236,25	255,15	270,46	289,55	257,70	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 zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	39,85
1230	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2022-01-01	3 lata	13,0, Enzymy trzustkowe	53,25	57,51	60,97	71,42	62,99	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	8,43
1231	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2022-01-01	3 lata	154,0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,54	3,82	4,36	6,24	6,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,12
1232	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	2022-05-01	3 lata	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,66	6,11	6,65	9,27	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,13
1233	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2022-05-01	3 lata	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,32	12,23	12,96	17,55	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1234	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,63	17,96	19,04	25,25	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,82
1235	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,32	12,23	12,96	17,55	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,26
1236	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,64	24,45	25,92	33,16	33,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,58
1237	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,30	35,96	38,12	47,30	47,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,65
1238	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,95	6,43	6,97	9,59	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,45
1239	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	2023-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	17,30	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,01
1240	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,90	12,85	13,62	18,21	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,92
1241	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	2023-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,20	23,98	25,41	32,65	32,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,33
1242	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	6,12	6,66	9,28	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,14
1243	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,31	12,21	12,95	17,54	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,25
1244	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,97	18,33	19,43	25,64	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,21
1245	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778	2022-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,36	12,27	13,00	17,59	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,30
1246	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,61	24,42	25,89	33,13	33,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,57
1247	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	2022-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	38,86	48,04	48,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,02
1248	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	9,15	8,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,01
1249	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	17,30	16,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1250	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetatas	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	8,96	9,68	10,26	14,59	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,38
1251	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powł., 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	4,80	5,18	5,72	10,05	10,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,02
1252	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 szasz.	05909990447619	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,70	26,68	28,27	31,71	11,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,52
1253	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,00	33,48	35,49	41,25	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,88
1254	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991441678	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	22,50	24,30	25,76	31,52	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	15,15
1255	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,40	11,23	11,90	16,23	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,87
1256	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,80	10,58	11,22	13,65	8,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,97
1257	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,00	35,64	37,78	45,66	40,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	17,59
1258	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3.2 mg	6 szt.	05909990169214	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	15,40	16,63	17,63	23,39	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,02
1259	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powł., 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	36,00	38,88	41,21	45,54	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	34,18
1260	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powł., 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	19,40	20,95	22,20	26,53	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1261	Estradiolum + Norethisteroni acetat	Kliogest, tabl. powł., 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	19,14	20,67	21,91	26,24	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,88
1262	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	28,98	31,30	33,18	38,94	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,57
1263	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,24	22,94	24,31	30,07	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,70
1264	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powł., 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	19,80	21,38	22,67	27,00	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,64
1265	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2023-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol	85,00	91,80	97,31	111,53	111,53	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1266	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2021-09-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,15	5,56	6,10	8,45	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,13
1267	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2022-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	14,50	15,66	16,60	22,24	22,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
1268	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,30	5,72	6,26	8,61	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,29
1269	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,00	16,20	17,17	22,81	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
1270	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażżone, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909991383817	2022-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,00	5,40	5,94	8,29	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1271	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powł., 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	5,20	5,62	6,16	8,51	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,19
1272	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	5,20	5,62	6,16	8,51	7,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,19
1273	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	2022-01-01	3 lata	157.0. Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	45,50	49,14	52,09	62,65	62,65	Padaczka		ryczałt	3,20
1274	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	362,19	391,17	414,63	439,40	439,40	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1275	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	751,00	811,08	859,74	894,68	894,68	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1276	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	1132,10	1222,67	1296,03	1339,57	1339,57	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1277	Exemestanum	Glandex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990812202	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,11	62,76	66,53	76,55	56,72	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	19,83
1278	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	132.0. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,42	56,72	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1279	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669	2022-05-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,00	18,36	19,46	23,39	14,23	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	13,43
1280	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2023-03-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,35	9,02	9,56	13,27	13,27	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	3,98
1281	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2023-03-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	26,84	28,99	30,73	38,72	38,72	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	11,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1282	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,42	15,57	16,51	20,22	13,28	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	9,83
1283	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	2021-07-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,40	15,55	16,48	20,19	13,28	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	10,89
1284	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	2021-05-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,34	9,01	9,55	13,26	13,26	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1285	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	2021-07-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,00	9,72	10,30	14,23	14,23	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,27
1286	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416	2021-09-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	20,40	22,03	23,35	27,28	14,23	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	17,32
1287	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902	2022-07-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,95	18,31	19,41	23,34	14,23	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	13,38



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1288	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	2024-04-01	2 lata	48,0. Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,56	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,04
1289	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	2024-04-01	2 lata	48,0. Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,56	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,04
1290	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	2024-04-01	2 lata	48,0. Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,90	20,41	21,63	25,56	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach; Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym, tj. jako leczenie substytucyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ostrym zespołem wieńcowym w wywiadzie, u których uzyskano kontrolę choroby stosując jednocześnie pojedyncze substancje czynne w osobnych produktach leczniczych, ale w takich samych dawkach, jak w produkcie złożonym.		30%	14,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1291	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	2023-03-01	2 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,15	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,19
1292	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	2023-03-01	2 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,15	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,19
1293	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	2023-03-01	2 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	14,17	15,30	16,22	20,15	14,23	Leczenie wspomagające do stosowania wraz z dietą u pacjentów dorosłych z pierwotną hipercholesterolemią (heterozygotyczną i homozygotyczną rodzinną i nierodzinną) lub mieszaną hiperlipidemią już kontrolowaną za pomocą atorwastatyny i ezetymibu, które są podawane w takich samych dawkach		30%	10,19
1294	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2024-04-01	3 lata	1,0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	9,10	9,83	10,42	14,20	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,03
1295	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2024-04-01	3 lata	1,0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	17,11	18,48	19,59	25,84	25,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,76
1296	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,11	30,31	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,96
1297	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2024-04-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,11	30,31	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1298	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	36,45	39,37	41,73	46,68	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	32,54
1299	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,89	43,08	45,66	52,25	30,31	<1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	37,10
1300	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2023-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,89	43,08	45,66	52,25	30,31	<2>Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	31,03
1301	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	26,59	28,72	30,45	35,40	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,26
1302	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	49,94	30,31	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	34,79
1303	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	37,87	40,90	43,35	49,94	30,31	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	28,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1304	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391874	2023-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,25	27,27	28,91	33,86	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złożeń moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	19,72
1305	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,86	43,05	45,63	52,22	30,31	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	37,07
1306	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,86	43,05	45,63	52,22	30,31	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złożeń moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	31,00
1307	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2021-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	26,57	28,70	30,41	35,36	20,20	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złożeń moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,22
1308	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,44	14,52	15,39	19,72	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,40
1309	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,00	10,80	11,45	13,89	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,23
1310	Fenofibrate	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496	2022-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,15	15,28	16,20	21,15	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,85
1311	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526	2022-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,89	20,40	21,62	27,77	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,02
1312	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	2023-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,40	15,55	16,48	21,43	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,13
1313	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	19,05	20,57	21,81	27,96	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1314	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	10,47	11,31	11,99	16,34	15,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,73
1315	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,87	13,90	14,73	19,68	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
1316	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,16	18,53	19,65	26,60	26,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,18
1317	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	49,44	49,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,35
1318	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	71,49	71,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,31
1319	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,57	13,58	14,39	19,34	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
1320	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	25,40	27,43	29,07	36,74	36,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,92
1321	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	38,00	41,04	43,50	53,17	53,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,35
1322	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,78	18,12	19,21	25,36	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,85
1323	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	48,40	48,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,07
1324	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2024-04-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	70,05	70,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,92
1325	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	2022-01-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,50	17,82	18,89	23,84	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,54
1326	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2022-01-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,59	24,40	25,87	32,02	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
1327	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2022-01-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,00	18,36	19,46	24,41	19,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,11
1328	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2022-01-01	3 lata	47.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,69	24,51	25,97	32,12	25,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,37
1329	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	17,98	19,42	20,58	24,46	14,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1330	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	23,90	25,81	27,36	30,33	10,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	23,51
1331	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 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	25,15	27,16	28,79	33,88	20,04	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	19,85
1332	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	485,73	485,73	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1333	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	485,73	485,73	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1334	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	2022-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	485,73	485,73	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1335	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	75,00	81,00	85,86	101,88	101,88	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1336	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416	2022-01-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	28,35	30,62	32,45	40,80	39,24	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		ryczałt	4,76
1337	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515	2022-01-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	45,00	48,60	51,52	63,54	63,54	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		ryczałt	3,20
1338	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614	2022-01-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	60,00	64,80	68,69	83,04	83,04	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		ryczałt	3,20
1339	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2021-09-01	3 lata	152.1. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	472,00	509,76	540,35	568,16	568,16	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1340	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2022-01-01	3 lata	152.1. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	472,00	509,76	540,35	568,16	568,16	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1341	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2022-01-01	3 lata	152.1. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	472,00	509,76	540,35	568,16	568,16	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1342	Fentanylum	Fentanył Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2021-11-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	201,60	217,73	230,80	251,09	251,09	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1343	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2022-01-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	99,20	107,14	113,56	129,58	129,58	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	3,20
1344	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2021-11-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	51,90	56,05	59,41	71,43	71,43	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	3,20
1345	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2021-11-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	101,50	109,62	116,20	132,22	132,22	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	3,20
1346	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2022-01-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	50,00	54,00	57,24	69,26	69,26	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	3,20
1347	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2021-11-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	151,00	163,08	172,86	191,31	191,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	4,80
1348	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2022-01-01	3 lata	152.4. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	74,05	79,97	84,77	99,12	99,12	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	3,20
1349	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,92	770,92	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 krótkotrwałe 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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1350	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,92	770,92	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 krótkotrwałe 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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1351	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	322,50	348,30	369,20	392,30	392,30	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
1352	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 - postaci do stosowania przezskórnego	105,00	113,40	120,20	136,22	136,22	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	3,20
1353	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 - postaci do stosowania przezskórnego	12,60	13,61	14,43	19,78	18,84	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	4,14
1354	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 - postaci do stosowania przezskórnego	26,25	28,35	30,06	38,41	38,41	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	3,20
1355	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 - postaci do stosowania przezskórnego	52,50	56,70	60,10	72,12	72,12	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	3,20
1356	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 - postaci do stosowania przezskórnego	78,75	85,05	90,16	104,51	104,51	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	3,20
1357	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	129,00	139,32	147,68	164,41	164,41	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1358	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania donosowego	520,00	561,60	595,30	624,49	624,49	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe 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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1359	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania donosowego	129,00	139,32	147,68	164,41	164,41	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe 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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1360	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania donosowego	520,00	561,60	595,30	624,49	624,49	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe 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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1361	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	460,08	460,08	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1362	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	460,08	460,08	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1363	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	460,08	460,08	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1364	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	460,08	460,08	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1365	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	580,41	609,28	608,74	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,74
1366	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	580,41	609,28	608,74	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,74
1367	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	580,41	609,28	608,74	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 krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1368	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	2021-07-01	3 lata	152.1. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	580,41	609,28	608,74	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	3,74
1369	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	2021-07-01	3 lata	152.1. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	580,41	609,28	608,74	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	3,74
1370	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	2021-07-01	3 lata	152.1. Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	507,00	547,56	580,41	609,28	608,74	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	3,74
1371	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	133.0. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	52,60	56,81	60,22	68,15	32,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,38
1372	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	133.0. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	133,91	144,62	153,30	170,28	164,87	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	8,61
1373	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	192,35	207,74	220,20	239,02	230,82	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	11,40
1374	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	133.0. Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	88,60	95,69	101,43	111,66	52,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	62,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1375	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	223,10	240,95	255,41	275,07	263,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	14,48
1376	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	317,92	343,35	363,96	386,31	369,31	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	20,20
1377	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	134,69	145,47	154,19	171,17	164,87	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	9,50
1378	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	213,25	230,31	244,13	263,79	263,79	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
1379	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,19	21,81	23,11	29,86	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,34
1380	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,57	65,42	69,34	81,49	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,94
1381	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990055470	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,33	21,96	23,27	30,02	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,50
1382	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990906154	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	60,99	65,87	69,82	81,97	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,42
1383	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,18	21,79	23,10	29,85	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,33
1384	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,41	22,04	23,36	30,11	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1385	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,97	64,77	68,66	80,81	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,26
1386	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,96	18,32	19,42	26,17	26,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1387	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2022-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,37	22,00	23,32	30,07	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,55
1388	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2022-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	61,11	66,00	69,96	82,11	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,56
1389	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 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	18,85	20,36	21,58	28,33	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,81
1390	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2022-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	79,20	85,54	90,67	104,55	104,55	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1391	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 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	20,47	22,11	23,44	30,19	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,67
1392	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2022-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,40	64,15	68,00	80,15	80,15	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1393	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	13,50	14,58	15,45	22,20	22,20	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1394	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	40,49	43,73	46,35	58,50	58,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1395	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,95	20,47	21,70	28,45	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1396	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,09	20,62	21,86	28,38	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,64
1397	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,15	21,76	23,07	29,82	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,30
1398	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,94	21,54	22,83	29,58	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,06
1399	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,04	63,76	67,59	79,74	79,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1400	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2024-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,46	21,02	22,28	28,80	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,06
1401	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,90	20,41	21,63	28,38	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,86
1402	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,25	57,51	60,97	73,12	73,12	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1403	Finasteridum	Uronezryr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2022-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,24	26,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,72
1404	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,50	19,98	21,18	27,70	24,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,96
1405	Finerenonum	Kerendia, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	04057598013536	2024-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	111,78	120,72	127,97	143,72	143,72	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	43,12
1406	Finerenonum	Kerendia, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	04057598013581	2024-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	111,78	120,72	127,97	143,72	143,72	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	43,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1407	Fluconazolum	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	18,00	19,44	20,61	27,74	27,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,87
1408	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	72,79	78,61	83,33	95,32	83,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	48,41
1409	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,32	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,35
1410	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	6,34	4,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,71
1411	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,02	8,66	9,20	13,22	13,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,95
1412	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	34,34	42,67	41,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,72
1413	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,32	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,35
1414	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,07	9,80	10,38	13,64	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,61
1415	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	22,00	23,76	25,19	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1416	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	47,00	50,76	53,81	65,80	65,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,90
1417	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	12,69	13,46	18,96	18,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1418	Fluconazolom	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	35,23	35,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
1419	Fluconazolom	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	55,08	59,49	63,05	75,04	75,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,52
1420	Fluconazolom	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	16,15	21,65	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,27
1421	Fluconazolom	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	16,15	21,65	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,27
1422	Fluconazolom	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,05	7,61	8,15	11,41	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,22
1423	Fluconazolom	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798	2022-09-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1424	Fluconazolom	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	62,44	67,44	71,49	83,48	83,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	41,95
1425	Fluconazolom	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	15,70	16,96	17,97	23,47	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,09
1426	Fluconazolom	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	3,33	3,60	4,14	5,74	4,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,52
1427	Fluconazolom	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	10,00	10,80	11,45	15,47	13,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,80
1428	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,20	66,10	70,06	82,05	82,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	41,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1429	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,61	33,06	35,05	43,38	41,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,62
1430	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	22,00	23,76	25,19	32,32	32,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,16
1431	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	15,62	16,87	17,88	23,38	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,00
1432	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	7,81	8,43	8,97	12,23	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,04
1433	Fluconazolum	Fluconazolium Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	13,51	19,01	19,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,51
1434	Fluconazolum	Fluconazolium Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,60	25,49	27,02	35,35	35,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,68
1435	Fluconazolum	Fluconazolium Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445	2022-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,86	12,81	13,58	19,08	19,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,54
1436	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	58,24	62,90	66,67	78,66	78,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,33
1437	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	14,56	15,72	16,66	22,16	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,78
1438	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	3,07	3,32	3,86	5,46	4,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,24
1439	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	19,60	21,17	22,44	29,53	29,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1440	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	29,12	31,45	33,34	41,67	41,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,91
1441	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	14,56	15,72	16,66	22,16	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,78
1442	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	7,28	7,86	8,40	11,66	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,47
1443	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,83	14,94	15,83	21,33	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,95
1444	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,20	3,46	4,00	5,60	4,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,38
1445	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	27,65	29,86	31,65	39,98	39,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,99
1446	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2023-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,00	7,56	8,10	11,36	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,17
1447	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	62,70	67,72	71,78	83,77	83,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	42,24
1448	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	13,80	14,90	15,80	21,30	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,92
1449	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	29,00	31,32	33,20	41,53	41,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,77
1450	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	6,55	7,07	7,61	10,87	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1451	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2024-04-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	9,65	10,42	11,05	15,16	15,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
1452	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,60	14,69	15,57	19,62	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,74
1453	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,17	15,30	16,22	20,27	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,39
1454	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,70	11,56	12,25	16,12	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,90
1455	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	2024-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,99	15,11	16,02	20,07	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,17
1456	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,58	10,35	10,96	15,01	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,13
1457	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,45	10,21	10,82	14,87	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,99
1458	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	35,90	38,77	41,09	46,95	23,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,49
1459	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	11,90	12,85	13,62	15,86	7,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,92
1460	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	18,18	6,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	14,90
1461	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	29,16	30,91	38,90	38,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1462	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	10,90	11,77	12,47	16,94	16,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1463	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	15,94	17,22	18,25	24,18	21,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,26
1464	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	47,96	51,80	54,91	65,75	65,75	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1465	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	50,00	54,00	57,24	68,69	68,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1466	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+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	190,00	205,20	217,51	235,72	205,27	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	92,03
1467	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	22,00	23,76	25,19	31,22	25,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,36
1468	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	11,00	11,88	12,59	16,22	12,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,79
1469	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	11,05	11,93	12,65	16,28	12,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,85
1470	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	49,50	53,46	56,67	64,10	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,80
1471	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	25,00	27,00	28,62	33,37	15,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,32
1472	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	78,96	85,28	90,40	101,19	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	45,52
1473	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	49,00	52,92	56,10	63,53	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1474	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	22,32	24,11	25,55	29,62	12,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,62
1475	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	22,77	24,59	26,07	30,14	12,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,14
1476	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	46,06	49,74	52,73	60,16	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,86
1477	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	15,28	16,50	17,50	19,75	6,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,85
1478	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	82,50	89,10	94,45	105,24	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	49,57
1479	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	24,00	25,92	27,48	34,91	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,61
1480	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	48,00	51,84	54,95	65,74	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,07
1481	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,55	61,07	64,74	75,53	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,86
1482	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	30,79	33,25	35,25	42,68	30,50	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,38
1483	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	113,10	122,15	129,48	144,27	121,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,95
1484	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	56,85	61,40	65,08	75,87	61,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,20
1485	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawk	05909991447915	2021-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,75	68,85	72,99	85,30	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,18

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1486	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	65,60	70,85	75,10	87,41	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,29
1487	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2022-11-01	3 lata	199,2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	87,87	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,75
1488	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2022-11-01	3 lata	199,3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,50	85,86	91,01	104,54	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,75
1489	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2023-11-01	3 lata	199,1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,90	57,13	60,56	71,96	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,22
1490	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	158,40	171,07	181,33	199,27	199,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1491	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2023-11-01	3 lata	199,2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	68,00	73,44	77,85	90,16	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,04
1492	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	191,25	206,55	218,95	237,65	234,97	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,68
1493	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2023-11-01	3 lata	199,3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,83	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,04
1494	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	237,00	255,96	271,32	291,16	281,96	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1495	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557	2023-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,79	57,01	60,44	71,84	71,84	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1496	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,74	68,84	72,96	85,27	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,15
1497	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	78,98	85,30	90,42	103,95	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,16
1498	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, 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	73,92	79,83	84,63	96,94	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,82
1499	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, 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	89,04	96,16	101,93	115,46	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,67
1500	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	65,98	71,26	75,54	87,85	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,73
1501	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	79,48	85,84	90,99	104,52	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,73
1502	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	52,88	57,11	60,53	71,93	71,93	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1503	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	52,80	57,02	60,45	71,85	71,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1504	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon 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	65,60	70,85	75,10	87,41	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,29
1505	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	79,00	85,32	90,44	103,97	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,18
1506	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,99	71,27	75,55	87,86	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,74
1507	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,49	85,85	91,00	104,53	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,74
1508	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,89	57,12	60,54	71,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1509	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	67,00	72,36	76,70	89,01	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,89
1510	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,83	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,04
1511	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	53,75	58,05	61,54	72,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,78
1512	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,20	75,82	80,36	92,67	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1513	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,00	92,88	98,45	111,98	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,07
1514	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	75,00	81,00	85,86	98,17	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,05
1515	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	99,00	106,92	113,34	126,87	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,08
1516	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	59,98	64,78	68,67	80,07	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,33
1517	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	57,46	62,06	65,78	77,18	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,44
1518	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	66,00	71,28	75,56	87,87	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,75
1519	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	80,50	86,94	92,16	105,69	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,90
1520	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	65,50	70,74	74,98	87,29	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,17
1521	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	79,50	85,86	91,01	104,54	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1522	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	61,75	66,69	70,70	83,01	78,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,89
1523	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	75,50	81,54	86,43	99,96	93,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,17
1524	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	2023-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	47,59	51,40	54,49	65,89	65,89	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1525	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,00	32,40	34,34	38,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,51
1526	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	30,00	32,40	34,34	38,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,51
1527	Folitropinum delta	Rekovele, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	249,00	268,92	285,06	304,08	229,50	Kontrolowana hiperstimulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	77,78
1528	Folitropinum delta	Rekovele, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł / 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 15 igieł	05909991343033	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1494,00	1613,52	1710,33	1754,56	1377,00	Kontrolowana hiperstimulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	380,76

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1529	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	127,85	138,08	146,36	163,07	153,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	13,26

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1530	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	191,79	207,13	219,56	238,58	229,50	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	12,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1531	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	255,72	276,18	292,74	313,78	305,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	10,99

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1532	Follitropinum alfa	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	298,00	321,84	341,15	362,19	305,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	59,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1533	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 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	74,50	80,46	85,29	97,99	76,49	Kontrolowana hiperstimulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	24,70



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1534	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,5 ml (66 µg/1,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007240	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	894,00	965,52	1023,45	1058,85	918,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	144,05

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1535	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,34	276,85	293,46	314,50	305,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	11,71

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1536	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2022-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	770,96	832,64	882,60	918,00	918,00	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, 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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1537	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,00	276,48	293,07	314,11	305,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) - refundacja do 3 cykli		ryczałt	11,32
1538	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	512,00	552,96	586,14	615,27	612,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) - refundacja do 3 cykli		ryczałt	6,46
1539	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,40	47,95	50,82	61,26	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1540	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934	2021-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	127,50	137,70	145,96	162,95	162,95	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1541	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 kaps.	05909990937981	2022-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	101,88	116,32	116,32	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1542	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,80	48,38	51,29	61,73	58,16	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,77
1543	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	89,87	97,06	102,88	117,32	116,32	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,40
1544	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	44,00	47,52	50,37	60,81	58,16	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,85
1545	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	88,96	96,08	101,84	116,28	116,28	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1546	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	133,46	144,14	152,79	169,78	169,78	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1547	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op. ochr.)	05909990337446	2021-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,90	97,09	102,91	117,35	116,32	Astma, przewłoka obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,43
1548	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	29,45	31,81	33,72	40,89	29,08	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,01
1549	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	38,80	41,90	44,42	54,86	54,86	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1550	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2022-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	101,88	116,32	116,32	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1551	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 kaps.	05909990849000	2022-05-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,94	48,54	51,45	61,89	58,16	Astma; Przewłoka obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1552	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. a 120 daw.	05000456071505	2023-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	210,75	227,61	241,27	259,48	205,27	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%	115,79
1553	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,87	5,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,84
1554	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,69	7,23	7,77	10,84	10,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,88
1555	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,87	5,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,84
1556	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,70	7,24	7,78	10,85	10,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,89
1557	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętłowe	4,05	4,37	4,91	7,66	7,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1558	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętłowe	5,50	5,94	6,48	9,23	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1559	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętłowe	5,85	6,32	6,86	9,61	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1560	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętłowe	6,00	6,48	7,02	9,77	9,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,02
1561	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,00	11,88	12,59	17,37	16,89	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,68
1562	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	33,00	35,64	37,78	47,25	47,25	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1563	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	44,00	47,52	50,37	61,21	61,21	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1564	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	14,50	15,66	16,60	21,38	16,89	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	7,69
1565	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	32,35	34,94	37,03	46,50	46,50	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1566	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	36,00	38,88	41,21	50,68	50,68	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1567	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	49,30	53,24	56,44	67,28	67,28	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1568	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	76,00	82,08	87,00	100,47	100,47	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1569	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	104,00	112,32	119,06	133,90	133,90	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74
1570	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	15,75	17,01	18,04	22,82	16,89	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	9,13
1571	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	46,90	50,65	53,69	63,16	50,68	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,68
1572	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	61,80	66,74	70,75	81,59	67,57	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	17,22
1573	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	90,70	97,96	103,83	117,30	101,36	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	19,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1574	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	105,30	113,72	120,55	135,39	135,15	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,98
1575	Ganirelixum	Ganirelix Gedeon Richter, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 0,25 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05997001372043	2022-11-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza - antygonadotropiny uwalniające hormony	73,00	78,84	83,57	97,10	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli		50%	48,55
1576	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	97,50	105,30	111,62	125,15	97,10	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli		50%	76,60
1577	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	5,50	5,94	6,48	9,10	9,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,55
1578	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1579	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1580	Gliclazidum	Diabrezie, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,95	8,59	9,13	11,19	6,55	Cukrzyca		ryczałt	7,84
1581	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2022-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,46
1582	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,25	20,79	22,04	24,95	9,83	Cukrzyca		ryczałt	18,32
1583	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,25	13,23	14,03	16,94	9,83	Cukrzyca		ryczałt	10,31
1584	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,10	11,99	12,71	15,62	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,99
1585	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,65	17,98	19,06	23,16	14,74	Cukrzyca		ryczałt	13,22
1586	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,00	11,88	12,59	15,50	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,87



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1587	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	22,00	23,76	25,19	30,20	19,65	Cukrzyca		ryczałt	16,95
1588	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2022-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,89	19,32	20,48	24,58	14,74	Cukrzyca		ryczałt	14,64
1589	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,10	11,99	12,71	15,62	9,83	Cukrzyca		ryczałt	8,99
1590	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305	2022-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	22,20	23,98	25,41	30,42	19,65	Cukrzyca		ryczałt	17,17
1591	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186	2021-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,25	8,91	9,45	12,36	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,73
1592	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193	2021-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,50	17,82	18,89	23,90	19,65	Cukrzyca		ryczałt	10,65
1593	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	8,10	8,75	9,29	12,20	9,83	Cukrzyca		ryczałt	5,57
1594	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	2023-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,86	9,57	10,14	13,05	9,83	Cukrzyca		ryczałt	6,42
1595	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	16,20	17,50	18,54	23,55	19,65	Cukrzyca		ryczałt	10,30
1596	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,13	4,46	5,00	6,63	4,91	Cukrzyca		ryczałt	4,92
1597	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,20	7,78	8,32	11,23	9,83	Cukrzyca		ryczałt	4,60
1598	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,80	12,74	13,51	17,61	14,74	Cukrzyca		ryczałt	7,67
1599	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,00	11,88	12,59	17,60	17,60	Cukrzyca		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1600	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,55	3,83	4,37	6,00	4,91	Cukrzyca		ryczałt	4,29
1601	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	6,15	6,64	7,18	10,09	9,83	Cukrzyca		ryczałt	3,46
1602	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,77	9,47	10,04	14,14	14,14	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1603	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,95	11,83	12,54	17,55	17,55	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1604	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,59	3,88	4,42	6,05	4,91	Cukrzyca		ryczałt	3,91
1605	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,27	7,85	8,39	11,30	9,83	Cukrzyca		ryczałt	4,20
1606	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,69	11,55	12,24	16,34	14,74	Cukrzyca		ryczałt	5,76
1607	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,79	13,81	14,64	19,65	19,65	Cukrzyca		ryczałt	5,76
1608	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	2,75	2,97	3,51	5,14	4,91	Cukrzyca		ryczałt	3,43
1609	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	5,50	5,94	6,48	9,39	9,39	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1610	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	8,25	8,91	9,45	13,55	13,55	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1611	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	10,95	11,83	12,54	17,55	17,55	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1612	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	16,70	18,04	19,12	25,76	25,76	Cukrzyca		ryczałt	9,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1613	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,52	2,72	3,26	4,89	4,89	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1614	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,16	5,57	6,11	9,02	9,02	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1615	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,11	7,68	8,22	12,32	12,32	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1616	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,00	10,80	11,45	16,46	16,46	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1617	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,49	17,81	18,88	25,52	25,52	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1618	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,00	9,72	10,30	11,93	4,91	Cukrzyca		ryczałt	10,22
1619	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	47,95	51,79	54,90	65,74	65,74	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1620	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	11,84	12,79	13,55	18,29	18,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1621	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036	2024-04-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,30	5,72	6,26	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,74
1622	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882	2022-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	95,44	95,44	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	28,63
1623	Goserefinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	436,50	471,42	499,71	525,75	525,75	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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1624	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	138,60	149,69	158,67	175,95	175,95	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
1625	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	140,00	151,20	160,27	177,55	175,95	<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	4,80
1626	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	419,50	453,06	480,24	506,28	506,28	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
1627	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	193,50	208,98	221,52	238,80	175,95	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	66,05
1628	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	608,87	657,58	697,03	723,07	527,85	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	204,18
1629	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177,3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,47	42,47	x	choroba Huntingtona	30%	11,47
1630	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01	3 lata	177,3, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,47	42,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1631	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	3,38	3,65	4,19	6,01	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,80
1632	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	3,38	3,65	4,19	6,01	6,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1633	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,54	4,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	3,17
1634	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,54	4,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,01
1635	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,18	16,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	4,36
1636	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,18	16,18	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1637	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	6,67	6,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,21
1638	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpsychotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	6,67	6,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,59
1639	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2022-11-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	12,30	13,28	14,08	18,95	18,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69
1640	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	4,45	4,81	5,35	7,57	7,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,79
1641	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	2022-03-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,19	105,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1642	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,19	105,19	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1643	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2022-03-01	3 lata	141.1, Niesteroiadowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	9,19	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1644	Icatibantum	Firazyf, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2023-09-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	2068,45	2233,93	2367,96	2433,07	2433,07	<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
1645	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	2068,45	2233,93	2367,96	2433,07	2433,07	<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
1646	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870	2023-11-01	2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2211,61	2211,61	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1647	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	2023-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2211,61	2211,61	<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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1648	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	2035,00	2197,80	2329,67	2394,78	2394,78	<1>Leczenie ostрых zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostрых, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1649	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	2023-01-01	2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1900,00	2052,00	2175,12	2240,23	2240,23	Leczenie ostрых zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; Leczenie ostрых, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1650	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2023-09-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	103,95	112,27	119,01	134,31	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	40,29
1651	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	155,29	167,71	177,78	195,99	195,99	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%	58,80
1652	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Ateectura 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	92,00	99,36	105,32	118,85	93,99	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%	53,06
1653	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Ateectura 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	93,00	100,44	106,47	120,00	93,99	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%	54,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1654	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	60,00	64,80	68,69	86,63	86,63	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%	25,99
1655	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	7,65	8,26	8,80	11,53	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,10
1656	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	2023-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,88	12,83	13,60	18,35	18,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,51
1657	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,40	4,75	5,29	8,02	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,41
1658	Indapamidum	Indapen, tabl. powl., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,99	6,47	7,01	10,00	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,70
1659	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,64	8,25	8,79	11,52	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,58
1660	Indapamidum	Indapres, tabl. powl., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,50	8,10	8,64	12,82	12,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,47
1661	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,66	5,03	5,57	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,24
1662	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	13,98	15,10	16,01	22,42	22,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,73
1663	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,65	6,10	6,64	9,37	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,94
1664	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	4,51	4,87	5,41	8,14	8,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,44
1665	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	9,02	9,74	10,32	15,07	15,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,52
1666	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	4,47	4,83	5,37	8,10	8,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,43
1667	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	9,39	10,14	10,75	13,48	9,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1668	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fioł.z proszkiem + 1 fioł.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	2023-11-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	6117,00	6606,36	6768,36	6921,48	6921,48	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
1669	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fioł. z prosz. + 1 fioł. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2024-04-01	3 lata	241.1, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2039,00	2202,12	2334,25	2397,12	2306,94	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	93,38
1670	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fioł. a 10 ml	05909991378059	2024-04-01	2 lata 9 miesięcy	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	61,00	65,88	69,83	80,99	67,19	Cukrzyca typu I		ryczałt	17,00
1671	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	2024-04-01	2 lata 9 miesięcy	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	101,00	109,08	115,62	129,32	100,78	Cukrzyca typu I		ryczałt	32,54
1672	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	160,43	173,26	183,66	201,40	201,40	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1673	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 insuliny ludzkich	106,00	114,48	121,35	135,05	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,27
1674	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 insuliny ludzkich	106,00	114,48	121,35	135,05	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,27
1675	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fioł.po 10 ml	05909991369668	2023-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	61,00	65,88	69,83	80,99	67,19	Cukrzyca		ryczałt	17,00
1676	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 insuliny ludzkich	102,90	111,13	117,80	131,50	100,78	Cukrzyca		ryczałt	34,72

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1677	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	2023-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	333,00	359,64	381,22	402,12	309,91	Cukrzyca typu 1 u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 7,5\%$ 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); Cukrzyca typu 1 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 $\geq 7,5\%$ 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%	185,18
1678	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562	2023-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	137,75	148,77	157,70	174,28	154,96	Cukrzyca typu 1 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 $\geq 8\%$ 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%	65,81
1679	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	166,50	179,82	190,61	207,19	154,96	<1>Cukrzyca typu 1 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 $\geq 8\%$ 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%	98,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1680	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	252,45	272,65	289,01	309,91	309,91	Cukrzyca typu 1 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 $\geq$ 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%	92,97
1681	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	157,00	169,56	179,73	196,31	154,96	<1>Cukrzyca typu 1 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 $\geq$ 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%	87,84
1682	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	<1>2022-07-01/<2>2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	157,00	169,56	179,73	196,31	154,96	<1>Cukrzyca typu 1 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 $\geq$ 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%	87,84
1683	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2023-01-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	445,50	481,14	510,01	534,88	464,87	Cukrzyca typu 1 u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq$ 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%	209,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1684	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	2023-03-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	255,30	275,72	292,27	315,07	315,07	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	94,52
1685	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	2023-03-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	334,00	360,72	382,36	405,16	394,08	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	129,30
1686	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 insuliny ludzkiej	65,00	70,20	74,41	85,57	67,19	Cukrzyca		ryczałt	21,58
1687	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 insuliny ludzkiej	99,50	107,46	113,91	127,61	100,78	Cukrzyca		ryczałt	30,83
1688	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 insuliny ludzkiej	100,00	108,00	114,48	128,18	100,78	Cukrzyca		ryczałt	31,40
1689	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 insuliny ludzkiej	72,66	78,47	83,18	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1690	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 insuliny ludzkiej	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1691	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 insuliny ludzkiej	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1692	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	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1693	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	76,07	82,16	87,08	100,78	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1694	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	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1695	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	79,23	85,57	90,70	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	7,62
1696	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	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1697	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	79,23	85,57	90,70	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	7,62
1698	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	146,80	158,54	168,06	185,80	185,80	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1699	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	79,23	85,57	90,70	104,40	100,78	Cukrzyca		ryczałt	7,62
1700	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	76,17	82,26	87,20	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1701	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	76,17	82,26	87,20	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1702	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	76,17	82,26	87,20	100,90	100,78	Cukrzyca		ryczałt	4,12
1703	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	72,66	78,47	83,18	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1704	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	72,66	78,47	83,18	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1705	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	72,66	78,47	83,18	96,88	96,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1706	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	84,02	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1707	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	84,02	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1708	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	84,02	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1709	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	84,02	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1710	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	84,02	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1711	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	73,40	79,27	84,02	97,72	97,72	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1712	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	106,20	114,70	121,58	135,28	100,78	Cukrzyca		ryczałt	38,50
1713	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	106,81	115,35	122,28	135,98	100,78	Cukrzyca		ryczałt	39,20
1714	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	106,81	115,35	122,28	135,98	100,78	Cukrzyca		ryczałt	39,20
1715	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2023-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	160,21	173,03	183,41	201,15	201,15	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1716	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2024-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	157,41	170,00	180,20	197,94	197,94	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1717	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	78,00	84,24	89,29	102,99	100,78	Cukrzyca		ryczałt	6,21
1718	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	157,41	170,00	180,20	197,94	197,94	Cukrzyca		ryczałt	8,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1719	Ipratropii bromidum	Atrotil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,06	14,10	14,95	20,04	20,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1720	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	10,69	11,55	12,24	15,21	10,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,39
1721	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,07	14,12	14,96	20,05	20,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,57
1722	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,90	13,93	14,76	19,85	19,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1723	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	3,67	3,96	4,50	6,13	5,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,23
1724	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	15,20	16,42	17,40	23,31	23,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
1725	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	6,78	7,32	7,86	10,76	10,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1726	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powł., 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	6,25	6,75	7,29	10,19	10,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1727	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powł. 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	10,57	11,42	12,10	16,18	15,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,69
1728	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1. Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,94	63,66	67,48	79,47	79,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	39,74
1729	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1. Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,42	9,09	9,64	13,31	11,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	7,38
1730	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	0590999004331	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1. Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	42,50	45,90	48,65	60,64	60,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	30,32
1731	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	0590999004317	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1. Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,85	11,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	6,92
1732	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1. Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	64,49	69,65	73,83	85,82	83,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	44,29
1733	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	110.1. Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,11	11,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku - profilaktyka	50%	9,18
1734	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2024-01-01	3 lata	31.1. Inne leki kardiologiczne - iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,05	70,31	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 $\geq 75$ 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	4,94



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1735	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,95	58,27	61,77	73,22	70,31	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 $\geq 75$ 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	6,11
1736	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,98	58,30	61,80	73,25	70,31	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 $\geq 75$ 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	6,14
1737	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	64,00	69,12	73,27	84,72	70,31	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 $\geq 75$ 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	17,61
1738	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,82	104,82	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ 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
1739	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046	2022-03-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	91,01	104,94	104,94	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 $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1740	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991351274	2021-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,95	86,35	91,53	105,46	105,46	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 $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1741	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,95	86,35	91,53	105,46	105,46	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 $\geq 75$ 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
1742	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	96,00	103,68	109,90	123,83	105,46	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 $\geq 75$ 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	21,57
1743	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,00	62,64	66,40	77,85	70,31	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 $\geq 75$ 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	10,74
1744	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,82	67,85	71,92	83,37	70,31	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 $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	16,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1745	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	87,00	93,96	99,60	113,53	105,46	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 $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	11,27
1746	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	94,30	101,84	107,96	121,89	105,46	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 $\geq 75$ 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	19,63
1747	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,25	65,07	68,98	80,43	70,31	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 $\geq 75$ 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	13,32
1748	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,70	70,31	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 $\geq 75$ 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	9,59
1749	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,81	105,46	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 $\geq 75$ 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	9,55

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1750	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991398606	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,69	68,69	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 $\geq 75$ 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
1751	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991398620	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,79	99,79	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 $\geq 75$ 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
1752	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,69	68,69	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 $\geq 75$ 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
1753	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,79	99,79	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 $\geq 75$ 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
1754	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	121,52	131,24	139,11	154,56	140,61	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 $\geq 75$ 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	17,93

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1755	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,76	65,62	69,56	81,01	70,31	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 $\geq 75$ 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	13,90
1756	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	182,28	196,86	208,68	226,66	210,92	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 $\geq 75$ 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	21,71
1757	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	91,14	98,43	104,34	118,27	105,46	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 $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	16,01
1758	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,00	57,24	60,67	72,12	70,31	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 $\geq 75$ 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	5,01
1759	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	91,01	104,94	104,94	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 $\geq 75$ 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
1760	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	5,27	5,69	6,23	8,76	8,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1761	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulaty 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	24,90	26,89	28,50	30,30	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,21
1762	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulaty 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	52,00	56,16	59,53	70,83	70,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,25
1763	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,79	9,49	10,07	12,98	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,87
1764	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,89	13,92	14,75	18,51	13,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,70
1765	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps. miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,04	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,93
1766	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,90	17,17	18,20	23,21	20,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	12,99
1767	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,40	16,63	17,63	21,72	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	14,06
1768	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	14,93	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1769	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,32	5,75	6,29	8,35	6,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,95
1770	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	7,35	7,94	8,48	11,80	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,90
1771	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990760718	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,09	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,98
1772	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,18	10,99	11,65	14,56	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,51
1773	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	6,80	8,19	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,36
1774	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,55	12,47	13,22	15,66	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,00
1775	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	13,28	15,72	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,06
1776	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	23,10	24,95	26,45	30,78	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,46
1777	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,40	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,91
1778	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	34,65	37,42	39,67	45,49	24,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,51
1779	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990650521	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	6,80	8,19	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,36
1780	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	13,28	15,72	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziomoci odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1781	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihidropirydyny	17,42	18,81	19,95	23,43	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,94
1782	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihidropirydyny	9,34	10,09	10,69	13,13	8,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,47
1783	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2022-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihidropirydyny	15,00	16,20	17,17	20,65	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,16
1784	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,78	80,78	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
1785	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,09	117,09	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
1786	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,01	153,01	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1787	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,09	10,57	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	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,72
1788	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl. w blisterze	05055565743331	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,96	70,16	74,37	86,92	84,53	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,59
1789	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl. w blisterze	05055565743348	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	97,44	105,24	111,55	126,30	126,30	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
1790	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl. w blisterze	05055565743355	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	129,91	140,30	148,72	165,27	165,27	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1791	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,12	8,77	9,31	12,81	10,57	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	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,44
1792	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05902020241591	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	63,47	68,55	72,66	85,21	84,53	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	3,88
1793	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05902020241607	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	95,20	102,82	108,98	123,73	123,73	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana 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
1794	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05902020241614	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	126,93	137,08	145,31	161,86	161,86	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
1795	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05902020241584	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,93	8,56	9,10	12,60	10,57	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	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,23
1796	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,13	84,13	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1797	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,13	122,13	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1798	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,06	135,06	143,16	159,71	159,71	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
1799	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,47	10,57	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	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,10

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1800	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,88	67,91	71,98	84,53	84,53	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
1801	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - stałe postacie farmaceutyczne	94,32	101,87	107,98	122,73	122,73	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana 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
1802	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,76	135,82	143,97	160,52	160,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1803	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,86	8,49	9,03	12,53	10,57	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	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,16
1804	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,78	80,78	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
1805	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,09	117,09	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
1806	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,01	153,01	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1807	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,09	10,57	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	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,72
1808	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakożamid - płynne postacie farmaceutyczne	100,00	108,00	114,48	129,55	129,55	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej 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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1809	Lamotryginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	24,57	18,98	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,79
1810	Lamotryginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2022-01-01/<2>2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	12,71	9,49	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,42
1811	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,70	19,12	20,26	25,37	18,98	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,59
1812	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,81	19,23	20,39	25,50	18,98	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,72
1813	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	14,19	15,04	20,15	18,98	<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	4,37
1814	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	<1>2022-01-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	26,28	28,38	30,09	37,95	37,95	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1815	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgrzyzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	47,15	50,92	53,98	64,73	64,73	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1816	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesziny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postaci farmaceutyczne	12,01	12,97	13,75	18,47	16,18	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,49
1817	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	19,50	21,06	22,32	27,43	18,98	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,65
1818	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	53,42	57,69	61,16	71,02	56,93	Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	17,29
1819	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	4,88	5,27	5,81	7,48	4,74	<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	5,94
1820	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	14,15	9,49	<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	7,86
1821	Lamotryginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	17,71	19,13	20,27	25,38	18,98	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,60
1822	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	4,42	4,77	5,31	6,98	4,74	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	5,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1823	Lamotryginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,85	9,56	10,13	13,11	9,49	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,82
1824	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>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,45	5956,45	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1825	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>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,45	5956,45	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	4,27
1826	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>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,45	5956,45	<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
1827	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>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,26	4467,34	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	48,12
1828	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>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,26	4467,34	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych		ryczałt	48,12
1829	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>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,26	4467,34	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	44,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1830	Lansoprazolom	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	14,04	14,88	18,63	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,42
1831	Lansoprazolom	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,50	7,02	7,56	9,61	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
1832	Lansoprazolom	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	8,58	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,47
1833	Lansoprazolom	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	16,46	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,25
1834	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	21,25	22,95	24,33	31,83	31,65	Jaskra		ryczałt	3,38
1835	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	63,75	68,85	72,99	86,49	86,49	Jaskra		ryczałt	8,00
1836	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	25,00	27,00	28,62	36,12	31,65	Jaskra		ryczałt	7,67
1837	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	23,08	24,93	26,42	33,92	31,65	Jaskra		ryczałt	5,47
1838	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	29,05	31,37	33,25	41,58	37,98	Jaskra		ryczałt	6,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1839	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	87,00	93,96	99,60	113,93	113,93	Jaskra		ryczałt	9,60
1840	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	26,70	28,84	30,56	38,06	31,65	Jaskra		ryczałt	9,61
1841	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	77,00	83,16	88,15	101,65	94,94	Jaskra		ryczałt	14,71
1842	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	30,48	32,92	34,89	43,22	37,98	Jaskra		ryczałt	8,44
1843	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	92,99	100,43	106,46	120,79	113,93	Jaskra		ryczałt	16,46
1844	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	72,50	78,30	83,00	96,50	94,94	Jaskra		ryczałt	9,56
1845	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	26,00	28,08	29,76	37,26	31,65	Jaskra		ryczałt	8,81
1846	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	72,50	78,30	83,00	96,50	94,94	Jaskra		ryczałt	9,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1847	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	29,99	32,39	34,33	41,83	31,65	Jaskra		ryczałt	13,38
1848	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	80,25	86,67	91,88	105,38	94,94	Jaskra		ryczałt	18,44
1849	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	31,96	34,52	36,59	44,92	37,98	Jaskra		ryczałt	10,14
1850	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	95,89	103,56	109,77	124,10	113,93	Jaskra		ryczałt	19,77
1851	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	21,25	22,95	24,33	31,83	31,65	Jaskra		ryczałt	3,38
1852	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	63,75	68,85	72,99	86,49	86,49	Jaskra		ryczałt	8,00
1853	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	29,95	32,35	34,29	41,79	31,65	Jaskra		ryczałt	13,34
1854	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	62,99	68,03	72,11	85,61	85,61	Jaskra		ryczałt	8,00



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1855	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,76	30,76	Jaskra		ryczałt	3,20
1856	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,59	27,64	29,30	36,80	31,65	Jaskra		ryczałt	8,35
1857	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	28,46	30,74	32,58	40,08	31,65	Jaskra		ryczałt	11,63
1858	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	62,34	67,33	71,37	84,87	84,87	Jaskra		ryczałt	8,00
1859	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	30,00	32,40	34,34	41,84	31,65	Jaskra		ryczałt	13,39
1860	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,95	77,71	82,37	95,87	94,94	Jaskra		ryczałt	8,93
1861	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	47,00	50,76	53,81	64,20	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	9,83
1862	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,96	89,60	94,98	109,37	109,37	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1863	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,00	89,64	95,02	109,41	109,41	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1864	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	93,00	100,44	106,47	120,86	115,13	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	8,93
1865	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	43,00	46,44	49,23	59,62	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,25
1866	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,00	89,64	95,02	109,41	109,41	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1867	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	42,50	45,90	48,65	59,04	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	4,67
1868	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	63,75	68,85	72,99	85,90	85,90	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1869	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	85,00	91,80	97,31	111,70	111,70	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1870	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	44,00	47,52	50,37	60,76	57,57	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,39
1871	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	66,00	71,28	75,56	88,47	86,35	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,32
1872	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,13	115,13	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1873	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	76,99	83,15	88,14	102,53	102,53	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1874	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,13	115,13	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1875	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	<1>2022-01-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,72	56,72	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1876	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	45,00	48,60	51,52	61,54	56,72	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,82
1877	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2022-01-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	45,00	48,60	51,52	61,54	56,72	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,82
1878	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	122,00	131,76	139,67	156,03	156,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1879	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2022-01-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,72	56,72	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1880	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	162,80	175,82	186,38	204,47	204,47	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1881	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,61	56,61	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1882	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,00	43,20	45,79	55,81	55,81	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1883	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 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	552,47	596,67	632,47	659,45	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie pędpę u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	103,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1884	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napel.)	05909990634057	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1045,11	1128,72	1196,45	1234,60	1131,11	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popydu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	122,69
1885	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3.6 mg	1 implant	05909990836246	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	176,00	190,08	201,48	219,11	188,52	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popydu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	33,79
1886	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	478,90	517,21	548,24	575,22	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popydu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	19,27
1887	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	459,00	495,72	525,46	552,44	552,44	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popydu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,60
1888	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2024-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,42	74,42	Padaczka		ryczałt	3,20
1889	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1890	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,72	12,19	Padaczka		ryczałt	10,73
1891	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,26	24,37	Padaczka		ryczałt	11,09
1892	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	47,23	55,30	36,56	Padaczka		ryczałt	21,94
1893	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 - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	84,96	91,76	97,26	108,89	74,42	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	37,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1894	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	42,93	46,36	49,15	58,70	48,74	Padaczka		ryczałt	13,52
1895	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,46	23,18	24,57	31,07	24,37	Padaczka		ryczałt	9,90
1896	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	2023-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,00	58,32	61,82	73,45	73,45	Padaczka		ryczałt	3,20
1897	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,49	97,49	Padaczka		ryczałt	7,11
1898	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,52	48,74	Padaczka		ryczałt	6,34
1899	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,31	19,77	20,96	27,46	24,37	Padaczka		ryczałt	6,29
1900	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	10,49	14,46	12,19	Padaczka		ryczałt	5,47
1901	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,52	48,74	Padaczka		ryczałt	6,34
1902	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,33	19,80	20,98	27,48	24,37	Padaczka		ryczałt	6,31
1903	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,96	59,36	62,92	74,57	73,12	Padaczka		ryczałt	6,78
1904	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	31,46	39,53	36,56	Padaczka		ryczałt	6,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1905	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,15	48,74	Padaczka		ryczałt	5,97
1906	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	10,39	14,36	12,19	Padaczka		ryczałt	5,37
1907	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,17	19,62	20,80	27,30	24,37	Padaczka		ryczałt	6,13
1908	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,25	29,43	31,20	39,27	36,56	Padaczka		ryczałt	5,91
1909	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672	2021-05-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	52,00	56,16	59,53	71,16	71,16	Padaczka		ryczałt	3,20
1910	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	90,00	97,20	103,03	116,58	97,49	Padaczka		ryczałt	26,20
1911	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1912	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1913	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,26	24,37	Padaczka		ryczałt	11,09
1914	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	67,50	72,90	77,27	88,92	73,12	Padaczka		ryczałt	21,13
1915	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,75	36,45	38,64	46,71	36,56	Padaczka		ryczałt	13,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1916	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	72,68	78,49	83,20	96,75	96,75	Padaczka		ryczałt	7,11
1917	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2022-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,80	45,14	47,85	57,40	48,74	Padaczka		ryczałt	12,22
1918	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,45	11,29	11,97	15,94	12,19	Padaczka		ryczałt	6,95
1919	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,34	39,25	41,60	51,15	48,74	Padaczka		ryczałt	5,97
1920	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	20,90	22,57	23,92	30,42	24,37	Padaczka		ryczałt	9,25
1921	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,51	58,87	62,40	74,05	73,12	Padaczka		ryczałt	6,26
1922	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2022-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	31,35	33,86	35,89	43,96	36,56	Padaczka		ryczałt	10,60
1923	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,49	97,49	Padaczka		ryczałt	7,11
1924	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,52	48,74	Padaczka		ryczałt	6,34
1925	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	10,49	14,46	12,19	Padaczka		ryczałt	5,47
1926	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,52	48,74	Padaczka		ryczałt	6,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1927	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,32	19,79	20,97	27,47	24,37	Padaczka		ryczałt	6,30
1928	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	31,46	39,53	36,56	Padaczka		ryczałt	6,17
1929	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	89,33	96,48	102,27	115,82	97,49	Padaczka		ryczałt	25,44
1930	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1931	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	12,88	16,85	12,19	Padaczka		ryczałt	7,86
1932	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,07	48,74	Padaczka		ryczałt	15,89
1933	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,26	24,37	Padaczka		ryczałt	11,09
1934	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,75	36,45	38,64	46,71	36,56	Padaczka		ryczałt	13,35
1935	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2023-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,42	74,42	Padaczka		ryczałt	3,20
1936	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2024-04-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	27,58	29,79	31,57	39,63	37,21	Padaczka		ryczałt	5,62
1937	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	55,83	60,30	63,91	73,46	48,74	Padaczka		ryczałt	28,28



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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1938	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,96	15,08	15,98	19,95	12,19	Padaczka		ryczałt	10,96
1939	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,92	30,15	31,97	38,47	24,37	Padaczka		ryczałt	17,30
1940	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,88	45,23	47,94	56,01	36,56	Padaczka		ryczałt	22,65
1941	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,50	26,46	28,05	34,18	25,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	16,60
1942	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	08595566452292	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,63	10,40	11,03	14,94	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,52
1943	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,60	10,37	10,99	13,73	8,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,45
1944	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,00	14,04	14,88	18,58	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,79
1945	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,40	15,55	16,48	20,39	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,97
1946	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,92	31,23	33,11	41,07	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,81
1947	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,95	36,67	38,87	46,83	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	18,57
1948	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,95	31,27	33,15	41,11	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1949	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,58	17,91	18,98	24,44	22,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,64
1950	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,45	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,59
1951	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,57	20,06	21,25	27,38	25,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,82
1952	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,85	30,08	31,88	39,53	37,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,84
1953	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,16	16,37	17,36	22,82	22,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,87
1954	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	10,36	14,06	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,27
1955	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,10	19,55	20,73	26,86	25,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,28
1956	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,10	29,27	31,03	38,68	37,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,31
1957	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991060589	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,08	9,81	10,39	14,09	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,30
1958	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 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,36	16,59	17,58	23,04	22,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,09
1959	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 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,94	19,38	20,54	26,00	22,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1960	Levodetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781720	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	15,56	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,77
1961	Levodetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	14,53	15,40	19,10	12,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,31
1962	Levodetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	39,42	37,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	13,05
1963	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	75,00	81,00	85,86	97,62	80,42	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	20,76
1964	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	44,99	53,15	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	16,14
1965	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	44,99	53,15	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	16,14
1966	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	75,00	81,00	85,86	97,62	80,42	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	20,76
1967	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	27,86	20,10	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	10,96
1968	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	27,86	20,10	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	10,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1969	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	39,30	42,44	44,99	53,15	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	16,14
1970	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	40,21	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,20
1971	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	56,00	60,48	64,11	75,87	75,87	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1972	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	14,00	15,12	16,03	21,39	20,10	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,49
1973	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	40,21	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,20
1974	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	59,00	63,72	67,54	80,90	80,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
1975	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	36,00	38,88	41,21	49,37	40,21	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	12,36
1976	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2022-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyne do stosowania doustnego	7,47	8,07	8,61	11,97	11,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1977	Levothyroxinum natrium	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,50	10,26	10,88	15,27	15,27	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1978	Levothyroxinum natrium	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,75	5,13	5,67	8,15	8,15	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
1979	Levothyroxinum natrium	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	11,88	12,83	13,60	18,75	18,75	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1980	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,94	6,42	6,96	9,97	9,97	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
1981	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,26	15,40	16,33	22,24	22,24	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
1982	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,13	7,70	8,24	11,79	11,79	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1983	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	8,32	8,99	9,53	13,54	13,54	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1984	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,50	10,26	10,88	15,27	15,27	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1985	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,13	7,70	8,24	11,79	11,79	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1986	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675	2022-09-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	3,56	3,84	4,38	6,33	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,25
1987	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,55	10,31	10,93	15,32	15,32	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1988	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,77	5,15	5,69	8,17	8,17	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
1989	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,77	5,15	5,69	8,17	8,17	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,56
1990	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	2,38	2,57	3,11	4,53	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,54
1991	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,84	11,71	12,41	16,80	16,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,16
1992	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,89	6,36	6,90	9,38	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,56
1993	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	6,35	6,86	7,40	10,14	9,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,74
1994	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,55	14,63	15,51	20,66	20,66	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
1995	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,81	7,35	7,89	10,90	10,47	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
1996	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	7,07	7,64	8,18	11,45	11,45	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1997	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,56	15,72	16,66	22,57	22,57	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
1998	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,70	8,32	8,86	12,41	12,41	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1999	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,30	10,04	10,65	14,66	14,66	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2000	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,16	10,97	11,63	16,02	16,02	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2001	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,99	7,55	8,09	9,51	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,52
2002	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,00	5,40	5,94	6,82	2,09	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,82
2003	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,83	10,62	11,25	13,73	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,91
2004	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,28	5,70	6,24	7,66	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,67
2005	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,23	11,05	11,71	15,26	12,57	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,02
2006	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,80	6,26	6,80	8,75	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,67
2007	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	6,04	6,52	7,06	9,28	7,37	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,11
2008	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	8,53	8,38	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,71
2009	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,97	6,45	6,99	10,00	10,00	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2010	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,30	7,88	8,42	11,97	11,97	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2011	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,80	5,18	5,72	7,14	4,19	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,15
2012	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2022-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,60	4,97	5,51	7,46	6,28	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2013	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,29	7,83	9,64	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,26
2014	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	2021-11-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,45	10,21	10,82	14,10	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,33
2015	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691	2021-11-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	14,16	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,39
2016	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	18,73	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,96
2017	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,38	3,65	4,19	5,27	2,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,27
2018	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	12,11	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,73
2019	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	2023-09-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,04	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,27
2020	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	19,88	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,11
2021	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	7,02	8,10	2,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,10
2022	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,30	10,04	10,65	12,37	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,36
2023	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	20,03	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2024	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	7,02	8,05	2,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,05
2025	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	6,80	7,34	7,88	9,60	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,59
2026	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	12,50	13,50	14,31	17,39	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,93
2027	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	3,40	3,67	4,21	5,24	2,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,24
2028	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	14,08	15,89	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,51
2029	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	24,69	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,92
2030	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,00	18,36	19,46	22,74	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,97
2031	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,60	12,53	13,28	15,09	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,44
2032	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,60	17,93	19,01	22,29	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	15,77
2033	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,60	16,85	17,86	20,94	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	14,83
2034	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	10,00	10,80	11,45	15,66	15,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom opłacalności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2035	Loperamid hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2024-04-01	3 lata	10.0. Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	4,78	5,16	5,70	8,05	8,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,63
2036	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,60	9,29	9,85	13,65	13,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	4,10
2037	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	16,62	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,20
2038	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,15	23,92	25,36	31,78	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,94
2039	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,40	38,23	40,52	48,48	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	20,22
2040	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,20	12,10	12,82	16,73	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,31
2041	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,14	23,91	25,35	31,77	26,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,93
2042	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,30	35,96	38,12	46,08	40,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	17,82
2043	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	13,17	17,08	13,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,66
2044	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	12,59	16,51	14,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	6,54
2045	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,70	11,56	12,25	15,61	11,46	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%	7,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2046	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,61	10,70	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%	7,12
2047	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,12
2048	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,26	21,40	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%	13,28
2049	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,57	20,06	21,25	26,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,63
2050	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	10,02	10,63	13,79	10,70	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%	6,30
2051	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	20,33	21,55	26,91	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
2052	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	34,44	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,97
2053	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991296940	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,95	5,35	5,89	9,05	9,05	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%	2,72
2054	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,81	11,46	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%	6,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2055	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990621439	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,45	10,21	10,82	13,98	10,70	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%	6,49
2056	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	15,15	11,46	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%	7,13
2057	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,74	8,36	8,90	12,26	11,46	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%	4,24
2058	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,27	18,65	19,77	23,13	11,46	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%	13,60
2059	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2060	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2061	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,83	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,81
2062	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2063	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,79	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,72
2064	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,83	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2065	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,70	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,65
2066	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,79	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,72
2067	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,26	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,28
2068	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,28	10,02	10,63	13,79	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,30
2069	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,82	20,33	21,55	26,91	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
2070	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,22	30,48	32,30	39,26	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,79
2071	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,57	20,06	21,25	26,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,63
2072	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,77	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,79
2073	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	15,15	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,13
2074	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,94	21,54	22,83	28,48	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,43
2075	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,97	10,77	11,42	14,78	11,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2076	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	12,58	13,34	14,64	3,50	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,19
2077	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,00	12,96	13,74	15,04	3,50	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 nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,33
2078	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	185,17	199,98	211,98	230,76	230,76	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
2079	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	185,17	199,98	211,98	230,76	230,76	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
2080	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2022-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	185,17	199,98	211,98	230,76	230,76	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
2081	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	16,00	17,28	18,32	24,25	24,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,13
2082	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	2023-09-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	5,54	5,98	6,52	9,99	9,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2083	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963	2023-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	5,55	5,99	6,53	10,00	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2084	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2022-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	7,75	8,37	8,91	12,38	12,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2085	Medroxyprogesteroni acetat	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	12,70	13,72	14,54	18,96	16,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2086	Medroxyprogesteroni acetat	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	6,17	6,66	7,20	9,70	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,00
2087	Megestrolu acetat	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 - postacię płynne	113,00	122,04	129,36	144,89	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	12,12
2088	Megestrolu acetat	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 - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2089	Megestrolu acetat	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 - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2090	Megestrolu acetat	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 - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,17	139,17	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2091	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 postacię farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,16	28,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,08
2092	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 postacię farmaceutyczne	7,50	8,10	8,64	11,55	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,44
2093	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 postacię farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,26	15,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2094	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	8,70	9,40	9,96	12,87	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,76
2095	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	6,20	6,70	7,24	10,15	10,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,08
2096	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	9,00	9,72	10,30	14,39	14,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,20
2097	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powł., 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	6,27	6,77	7,31	10,22	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,11
2098	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	5,36	5,79	6,33	7,96	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,41
2099	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	9,50	10,26	10,88	13,79	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,68
2100	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	3,25	3,51	4,05	5,68	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2101	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	9,00	9,72	10,30	14,39	14,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,20
2102	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	5,90	6,37	6,91	9,82	9,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,91
2103	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-11-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	92,00	99,36	105,32	119,94	119,94	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2104	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, Homony płciowe - gonadotropiny	1186,60	1281,53	1358,42	1399,71	1223,99	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	178,92



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2105	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	585,00	631,80	669,71	698,84	612,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	90,03
2106	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp.-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,00	149,04	157,98	174,69	153,01	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	24,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2107	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-str.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,00	74,52	78,99	91,69	76,49	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	18,40
2108	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,20	53,20	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2109	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,20	53,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2110	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	35,89	38,76	41,08	49,45	37,46	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	15,19
2111	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 postaci farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	45,93	21,17	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	27,96
2112	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	58,45	63,13	66,92	78,96	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,61
2113	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 postaci farmaceutyczne	70,00	75,60	80,14	88,90	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	49,76
2114	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 postaci farmaceutyczne	35,35	38,18	40,47	48,87	39,52	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	12,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2115	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	31,63	34,16	36,21	44,97	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,83
2116	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	65,30	70,52	74,76	86,84	79,03	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,01
2117	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	63,25	68,31	72,41	84,97	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,49
2118	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	21,00	22,68	24,04	29,90	21,17	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,93
2119	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	35,50	38,34	40,64	49,40	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	10,26
2120	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	133,80	144,50	153,18	165,26	79,03	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	89,43
2121	Mesalazinum	Pentasa, granulaty 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	122,82	132,65	140,61	152,65	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	81,30
2122	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	143,00	154,44	163,71	177,07	89,89	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	91,45
2123	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	71,00	76,68	81,28	89,49	36,35	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	56,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2124	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sas.	05909990974184	2022-11-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	291,19	314,49	333,35	350,71	179,78	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	179,46
2125	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sas.	05909991273989	2024-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	289,31	312,45	331,20	348,56	179,78	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	177,31
2126	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	121,00	130,68	138,52	150,56	74,91	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	79,21
2127	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	116,86	126,21	133,78	149,82	149,82	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2128	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 postaci farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	84,68	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2129	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	58,43	63,10	66,90	78,94	74,91	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,59
2130	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 postaci farmaceutyczne	31,50	34,02	36,06	44,82	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,68
2131	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 postaci farmaceutyczne	113,19	122,25	129,58	145,41	145,41	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2132	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 postaci farmaceutyczne	124,00	133,92	141,96	154,52	84,68	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	73,04
2133	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 postaci farmaceutyczne	71,83	77,58	82,23	90,99	42,34	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	51,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2134	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	37,86	40,89	43,34	51,71	37,46	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodzące zapalenie jelita grubego		ryczałt	17,45
2135	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,00	5,40	5,94	8,36	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,77
2136	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,70	9,40	9,96	14,27	14,27	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2137	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,15	13,12	13,91	19,69	19,69	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2138	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,40	2,59	3,13	4,51	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,82
2139	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,35	4,70	5,24	7,66	7,66	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2140	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05903792661563	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,08	6,57	7,11	10,56	10,56	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2141	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,00	4,32	4,86	6,97	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,55
2142	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,50	8,10	8,64	12,50	12,50	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2143	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	16,95	16,95	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2144	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,30	13,28	14,08	16,50	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2145	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	24,60	26,57	28,17	32,48	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	20,11
2146	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,50	24,30	25,76	30,07	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,70
2147	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,84	7,39	7,93	9,31	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,62
2148	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,95	13,99	14,83	17,25	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,66
2149	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,00	18,36	19,46	22,91	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,43
2150	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,75	10,53	11,17	13,07	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,43
2151	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,05	19,49	20,66	24,11	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,63
2152	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,05	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,68
2153	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,85	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,26
2154	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,01	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,53
2155	Metformini hydrochloridum	Etfórm, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991352417	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,00	22,68	24,04	30,94	30,94	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2156	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991352400	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,40	12,31	13,05	17,36	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,99
2157	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,54	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,95
2158	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,53	11,37	12,05	15,50	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,02
2159	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	11,09	14,95	13,24	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,91
2160	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	16,64	21,76	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,99
2161	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	35,83	38,70	41,02	47,92	31,14	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	23,18
2162	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	07613421049317	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,96	9,68	10,26	12,68	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,09
2163	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,91	19,34	20,50	24,81	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,44
2164	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,91	19,34	20,50	24,81	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,44
2165	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	07613421049256	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,48	4,84	5,38	6,76	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,07
2166	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,96	9,68	10,26	12,68	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2167	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	26,87	29,02	30,76	36,54	23,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,98
2168	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	07613421049287	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,71	7,25	7,79	9,69	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,05
2169	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,44	14,52	15,39	18,84	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,36
2170	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,66	22,31	23,65	30,55	30,55	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2171	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	20,66	22,31	23,65	30,55	30,55	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	9,17
2172	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,61	7,79	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,02
2173	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	5,23	5,65	6,19	8,61	7,79	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,16
2174	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,98	11,86	12,57	16,88	15,57	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,51
2175	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	10,98	11,86	12,57	16,88	15,57	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,98



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2176	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	23,95	23,36	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,39
2177	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 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	15,87	17,14	18,17	23,95	23,36	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,60
2178	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2022-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	16,14	15,57	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,77
2179	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 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	10,33	11,16	11,83	16,14	15,57	<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%	5,24
2180	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,13	3,89	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,44
2181	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 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	2,97	3,21	3,75	5,13	3,89	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	2,41
2182	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,36	7,79	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,77
2183	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 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	5,93	6,40	6,94	9,36	7,79	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,91
2184	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,55	11,68	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości 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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2185	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 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	7,93	8,56	9,10	12,55	11,68	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,37
2186	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2022-05-01/<2>2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,56	18,96	20,10	26,47	26,47	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2187	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 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	17,56	18,96	20,10	26,47	26,47	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,94
2188	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,39	4,74	5,28	7,39	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,97
2189	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,79	9,49	10,07	13,93	13,24	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,89
2190	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,50	14,58	15,45	20,57	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2191	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990789306	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,80	9,50	10,08	13,94	13,24	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90
2192	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt. (2 blist. po 15 szt.)	05909990717248	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,25	5,67	6,21	8,63	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2193	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990789276	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,69	3,99	4,53	5,91	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,22
2194	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990789290	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,10	5,51	6,05	8,16	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2195	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	28,74	31,04	32,90	37,21	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	24,84
2196	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,85	7,40	7,94	9,32	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,63
2197	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,37	15,52	16,45	18,87	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,28
2198	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,28	11,10	11,77	13,67	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,03
2199	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,55	23,27	24,67	28,12	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,64
2200	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,53	28,53	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2201	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,00	21,60	22,90	29,80	29,80	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2202	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,29	5,71	6,25	8,67	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2203	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	10,15	10,76	15,07	15,07	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2204	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	16,16	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2205	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,59	16,84	17,85	23,63	23,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2206	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,71	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,52
2207	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,71	3,89	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,69
2208	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,54	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,36
2209	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,54	7,79	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,58
2210	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,89	5,28	5,82	7,93	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2211	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	11,09	14,95	13,24	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,42
2212	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	16,64	21,76	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,99
2213	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,80	11,66	12,37	14,79	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,20
2214	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,50	23,22	24,61	28,92	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,55
2215	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,00	7,56	8,10	9,48	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2216	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,11	15,24	16,16	18,58	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,99
2217	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,17	22,86	24,24	27,69	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,21
2218	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,35	9,02	9,56	11,46	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,82
2219	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,70	18,04	19,12	22,57	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,09
2220	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,05	4,37	4,91	7,33	7,33	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2221	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,17	2,34	2,88	4,26	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2222	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,44	3,72	4,26	6,37	6,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2223	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,05	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,68
2224	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,85	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,26
2225	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,01	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,53
2226	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	30,60	30,60	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2227	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990220984	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,18	5,59	6,13	8,55	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96
2228	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990220991	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	16,16	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2229	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,53	16,77	17,78	23,56	23,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,00
2230	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,36	11,19	11,86	16,17	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,80
2231	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990457212	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,95	3,19	3,73	5,11	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,42
2232	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990457229	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,18	5,59	6,13	8,55	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,96
2233	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,77	8,39	8,93	12,38	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90
2234	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,66	19,07	20,22	26,59	26,47	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,56
2235	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990457311	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,40	4,75	5,29	7,40	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,98
2236	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990457328	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,75	9,45	10,02	13,88	13,24	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,84
2237	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,25	14,31	15,17	20,29	19,85	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2238	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	41,40	44,71	47,39	54,29	31,14	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	29,55
2239	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	14,27	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,68
2240	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,63	23,36	24,76	29,07	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,70
2241	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,36	5,79	6,33	7,71	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,02
2242	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,05	33,53	35,54	41,32	23,36	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	22,76
2243	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,76	8,38	8,92	10,82	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,18
2244	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,87	11,74	12,44	14,86	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,27
2245	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,75	23,49	24,90	29,21	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,84
2246	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,45	5,89	6,43	7,81	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,12
2247	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991271701	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,90	11,77	12,47	14,89	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,30
2248	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,17	8,82	9,36	11,26	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2249	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991271749	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,34	17,65	18,71	22,16	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,68
2250	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,53	28,53	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2251	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,07	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,48
2252	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,13	15,13	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2253	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,18	15,31	16,23	22,01	22,01	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2254	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909991488161	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,13	15,13	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2255	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909991488086	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,36	2,55	3,09	4,47	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,78
2256	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909991488116	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,07	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,48
2257	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05909991488147	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,09	7,66	8,20	11,65	11,65	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2258	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909991488291	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,07	17,36	18,39	24,76	24,76	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2259	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909991488215	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,02	4,34	4,88	6,99	6,62	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2260	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,03	8,67	9,21	13,07	13,07	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2261	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,05	13,01	13,79	18,91	18,91	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2262	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991453558	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,62	9,31	9,87	12,29	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,70
2263	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,24	18,62	19,73	24,04	15,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,67
2264	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991453497	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,31	4,65	5,19	6,57	3,89	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,88
2265	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,62	9,31	9,87	12,29	7,79	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,70
2266	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991453510	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,47	6,99	7,53	9,43	5,84	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,79
2267	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,94	13,98	14,82	18,27	11,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,79
2268	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,35	4,70	5,24	6,19	2,29	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,19
2269	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	15,04	16,24	17,22	22,88	22,88	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2270	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,65	5,02	5,56	7,12	4,58	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,74

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2271	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	15,27	16,49	17,49	23,21	23,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2272	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,94	72,30	76,64	88,99	88,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2273	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,25	96,39	102,18	116,19	116,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2274	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,88	144,59	153,26	169,61	169,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2275	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,51	192,79	204,36	222,44	222,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2276	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,13	240,98	255,44	274,80	274,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2277	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,76	289,18	306,54	327,19	327,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2278	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	200,79	216,85	229,87	248,59	248,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2279	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,13	327,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2280	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	334,50	361,26	382,94	405,51	405,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2281	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	401,58	433,71	459,72	484,21	484,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2282	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	468,30	505,76	536,11	562,53	562,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2283	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,32	641,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2284	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	602,10	650,27	689,29	719,56	719,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2285	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	669,30	722,84	766,22	797,96	797,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2286	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	735,90	794,77	842,45	875,59	875,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08
2287	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	803,16	867,41	919,46	954,00	954,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2288	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,73	18,07	19,15	24,87	23,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,86

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2289	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	22,31	24,09	25,54	32,39	30,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,64
2290	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	27,88	30,11	31,91	39,63	38,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,15
2291	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	33,47	36,15	38,32	46,92	46,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,70
2292	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	39,03	42,15	44,68	54,11	54,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2293	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	44,62	48,19	51,08	61,09	61,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2294	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	50,18	54,19	57,45	68,05	68,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2295	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,78	60,24	63,86	75,04	75,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2296	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	76,63	88,98	88,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2297	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	76,63	88,98	88,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2298	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,24	96,38	102,16	116,17	116,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2299	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	153,24	169,59	169,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2300	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	204,33	222,41	222,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2301	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,10	240,95	255,41	274,77	274,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2302	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,13	327,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2303	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	153,24	169,59	169,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2304	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	204,33	222,41	222,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2305	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,13	327,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2306	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	356,96	385,52	408,65	431,86	431,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2307	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	446,20	481,90	510,81	536,59	536,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2308	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,32	641,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2309	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	291,56	314,88	333,77	354,42	354,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2310	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	325,76	351,82	372,93	396,14	396,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2311	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	407,20	439,78	466,16	491,94	491,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2312	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	488,64	527,73	559,40	587,74	587,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2313	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	83,50	90,18	95,59	109,60	109,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2314	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	129,00	139,32	147,68	164,03	164,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2315	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	175,50	189,54	200,91	218,99	218,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2316	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	222,00	239,76	254,15	273,51	273,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2317	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,50	66,42	70,41	82,76	82,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2318	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	66,00	71,28	75,56	88,47	88,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	42,67
2319	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2.5 mg	100 szt.	05909991303570	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	17,10	18,47	19,58	25,65	22,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,20
2320	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,15	298,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2321	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	80,80	87,26	92,50	106,51	106,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2322	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12.5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	301,67	325,80	345,35	367,92	367,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2323	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12.5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	101,00	109,08	115,62	130,80	130,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2324	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	363,60	392,69	416,25	440,74	440,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2325	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	121,20	130,90	138,75	155,10	155,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2326	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	422,33	456,12	483,48	509,90	509,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2327	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	141,40	152,71	161,87	179,31	179,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2328	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	484,80	523,58	555,00	583,34	583,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2329	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	161,60	174,53	185,00	203,08	203,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2330	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	606,00	654,48	693,75	725,49	725,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2331	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	202,00	218,16	231,25	250,61	250,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2332	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	724,00	781,92	828,84	863,38	863,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2333	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,15	298,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2334	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	181,00	195,48	207,21	225,93	225,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2335	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	60,60	65,45	69,38	81,73	81,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2336	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	34,00	36,72	38,92	47,99	47,99	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapie) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2337	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,00	69,12	73,27	86,24	86,24	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapie) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,84
2338	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	18,50	19,98	21,18	27,71	27,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapie) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2339	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	25,50	27,54	29,19	38,78	38,78	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapie) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2340	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	9,50	10,26	10,88	14,88	13,86	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapie) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	4,22
2341	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	29,50	31,86	33,77	40,30	27,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapie) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	15,79
2342	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	59,50	64,26	68,12	77,71	55,42	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapie) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	25,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2343	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	72,00	77,76	82,43	94,13	83,13	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	14,20
2344	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	94,50	102,06	108,18	121,77	110,84	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	15,20
2345	Methylprednisoloni acetat	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 - postaci o przedłużonym uwalnianiu	9,70	10,48	11,10	15,23	15,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,62
2346	Methylprednisoloni acetat + 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 - postaci o przedłużonym uwalnianiu	10,00	10,80	11,45	15,58	15,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,97
2347	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	30,00	32,40	34,34	44,02	44,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2348	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	6,00	6,48	7,02	9,64	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,53
2349	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	48,60	52,49	55,64	66,55	66,55	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	3,20
2350	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,68	24,49	25,96	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2351	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2022-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,64	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,53
2352	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2021-05-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	11,34	12,25	12,98	17,58	16,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2353	Metylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,69	24,51	25,97	33,22	33,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2354	Metylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	5,98	6,46	7,00	9,62	8,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,51
2355	Metylprednisolonum	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	32,30	34,88	36,98	44,50	33,28	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	14,42
2356	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,00	7,56	8,10	10,61	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2357	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	7,48	4,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,71
2358	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,20	5,62	6,16	8,67	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2359	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,99	6,47	7,01	9,81	9,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,65
2360	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,97	19,41	20,57	27,07	27,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,31
2361	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,85	21,44	22,72	29,22	29,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,89
2362	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2024-04-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	35,10	37,91	40,19	49,75	49,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,44
2363	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2023-09-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,45	19,93	21,12	27,62	27,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,29
2364	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,73	9,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,92
2365	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,74	19,16	20,30	26,80	26,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,04
2366	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2022-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	34,85	37,64	39,90	49,46	49,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziomoci odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2367	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2024-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,53	7,05	7,59	10,39	9,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,52
2368	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2024-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,45	21,01	22,27	28,77	28,77	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,63
2369	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2022-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,73	9,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,92
2370	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2022-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,70	19,12	20,26	26,76	26,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,03
2371	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2022-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,30	13,28	14,08	18,94	18,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,68
2372	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2024-04-01	3 lata	59,0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	18,00	19,44	20,61	27,05	27,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,18
2373	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	360,00	388,80	412,13	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2374	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	360,00	388,80	412,13	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2375	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	360,00	388,80	412,13	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2376	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	360,00	388,80	412,13	432,08	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	160,61
2377	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991500269	2023-11-01	2 lata	259,0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2378	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991500207	2023-11-01	2 lata	259,0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2379	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991500221	2023-11-01	2 lata	259,0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2380	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991500245	2023-11-01	2 lata	259,0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,67	274,67	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2381	mieszanki alergenów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fioł.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2022-01-01	3 lata	214,4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,20	268,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2382	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061210	2024-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	249,66	269,63	285,81	306,62	306,62	Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E)		30%	91,99
2383	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227	2024-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	249,66	269,63	285,81	306,62	306,62	Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E)		30%	91,99
2384	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	15,50	16,74	17,74	22,10	16,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,63
2385	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,00	12,96	13,74	18,10	16,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,63
2386	Moclobemidum	Moklar, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990953714	2022-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	10,50	11,34	12,02	16,38	16,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,91
2387	Mometasoni fluoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawk	05909991195366	2021-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,64	12,57	13,33	17,41	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,91
2388	Mometasoni fluoras	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2021-05-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,84	11,71	12,41	17,02	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,69
2389	Mometasoni fluoras	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawk	05909991141004	2023-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,85	11,72	12,42	16,50	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,00
2390	Mometasoni fluoras	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	2023-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	22,75	24,57	26,05	33,31	33,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,66
2391	Mometasoni fluoras	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	2022-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	20,00	21,60	22,90	29,90	29,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2392	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2023-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	14,00	15,12	16,03	20,64	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,31
2393	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	2023-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,50	11,34	12,02	16,41	15,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,63
2394	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2024-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,46	12,38	13,12	17,73	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,40
2395	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawieszina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	2023-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,55	10,31	10,93	15,01	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,51
2396	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawieszina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688	2023-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,55	10,31	10,93	15,01	15,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,51
2397	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawieszina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2024-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	19,10	20,63	21,87	28,50	28,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,25
2398	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,25	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,98
2399	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990881734	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	21,29	27,02	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,75
2400	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	21,29	27,02	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,75
2401	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	11,06	11,94	12,66	15,46	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,95
2402	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	14,53	15,40	18,82	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,68
2403	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,86	22,53	23,88	29,61	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2404	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,46	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,06
2405	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,85	14,96	15,85	19,27	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,02
2406	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,72	19,14	20,28	26,01	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,74
2407	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	9,50	10,26	10,88	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17
2408	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	12,10	13,07	13,86	17,28	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,14
2409	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,53	14,61	15,49	21,22	21,22	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,37
2410	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	5,41	5,84	6,38	9,18	9,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	2,75
2411	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,77	7,31	7,85	11,27	11,27	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,38
2412	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,15	16,36	17,34	23,07	23,07	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2413	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2023-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,60	15,77	16,72	22,45	22,45	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,74
2414	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,25	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,98
2415	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991472023	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,50	15,66	16,60	22,64	22,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,79
2416	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2021-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,55	15,71	16,65	22,69	22,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,81
2417	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991472030	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	29,00	31,32	33,20	42,18	42,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,65
2418	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	35,70	38,56	40,87	49,85	49,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	14,98
2419	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	9,50	10,26	10,88	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17
2420	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	9,09	9,82	10,41	13,83	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,69
2421	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,40	18,79	19,92	25,65	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,38



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2422	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 leukotrieniowych	6,60	7,13	7,67	10,47	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,96
2423	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	2023-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrieniowych	8,04	8,68	9,22	12,64	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,50
2424	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090	2022-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrieniowych	18,00	19,44	20,61	26,34	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,07
2425	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 leukotrieniowych	9,50	10,26	10,88	13,68	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,17
2426	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 leukotrieniowych	11,99	12,95	13,73	17,15	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,01
2427	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2022-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrieniowych	15,45	16,69	17,69	23,42	23,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,15
2428	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 leukotrieniowych	6,45	6,97	7,51	10,31	9,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,80
2429	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 leukotrieniowych	8,02	8,66	9,20	12,62	11,63	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,48
2430	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,35	6,78	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2431	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,35	6,78	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57
2432	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,35	67,78	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	3,77
2433	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,35	67,78	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
2434	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,03	111,03	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	6,40
2435	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,03	111,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2436	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,15	20,33	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	7,02
2437	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,15	20,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,82
2438	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	39,93	39,93	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulalgia		ryczałt	3,20
2439	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	39,93	39,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2440	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,45	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,75
2441	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,45	12,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,87

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom opłacalności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2442	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,86	25,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
2443	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,86	25,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2444	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,66	13,56	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia		ryczałt	7,30
2445	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,66	13,56	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,10
2446	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	111,00	119,88	127,07	142,70	135,55	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia		ryczałt	13,55
2447	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	111,00	119,88	127,07	142,70	135,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,15
2448	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,10	271,10	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia		ryczałt	12,80
2449	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,10	271,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2450	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,69	40,67	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia		ryczałt	9,22
2451	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,69	40,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,02
2452	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,26	81,33	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia		ryczałt	10,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2453	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,26	81,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,93
2454	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2023-11-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,90	18,25	19,34	25,65	23,61	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		30%	9,12
2455	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	2023-11-01	2 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o niemodyfikowanym uwalnianiu	16,90	18,25	19,34	25,65	23,61	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,04
2456	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,83	70,83	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kaulgalgia		ryczałt	3,20
2457	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,83	70,83	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2458	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	193,74	209,24	221,79	235,83	110,63	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układu; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanki lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	128,40
2459	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,70	107,68	114,13	126,18	79,02	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układu; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,36

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2460	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,70	107,68	114,13	126,18	79,02	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>steroidoopomy zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,36
2461	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2021-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>3 miesiące - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,02	79,02	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>steroidoopomy zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20
2462	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2021-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>3 miesiące - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,02	79,02	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>steroidoopomy zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20
2463	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2022-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<2>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,00	62,64	66,40	78,45	78,45	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>steroidoopomy zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2464	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	65,00	70,20	74,41	86,46	79,02	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>steroidoopomy zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	10,64
2465	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,85	66,80	70,80	82,85	79,02	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>steroidoopomy zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	7,03
2466	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2><4>2024-04-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><3>3 lata/<2><4>9 miesięcy - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,85	66,80	70,80	82,85	79,02	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>steroidoopomy zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	7,03
2467	Nabumetonom	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	11,25	12,15	12,88	14,51	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,96
2468	Nabumetonom	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	33,00	35,64	37,78	41,87	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2469	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 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	62,70	67,72	71,78	79,59	34,36	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 wszczępieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	48,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2470	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 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	79,80	86,18	91,36	100,66	45,81	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 wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	58,05



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2471	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 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	119,70	129,28	137,03	148,33	68,72	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 wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	82,81

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2472	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 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	152,00	164,16	174,01	187,30	91,63	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 wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	98,87

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2473	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 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	182,63	197,24	209,08	224,38	137,44	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 wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	91,21

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2474	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 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	245,60	265,25	281,17	298,46	183,25	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 wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL.	ryczałt	120,90
2475	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2023-01-01	2 lata	253,0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	197,00	212,76	225,53	244,68	244,68	Leczenie zaparcí indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonistą opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2476	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	14,57	15,44	19,53	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,68
2477	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	27,24	29,42	31,18	37,82	30,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,24
2478	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	7,25	7,83	8,37	10,64	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,81
2479	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	20,75	22,41	23,76	29,22	23,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,72
2480	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	14,53	15,69	16,63	20,72	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,06
2481	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	7,20	7,78	8,32	10,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,76
2482	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	12,00	12,96	13,74	17,29	12,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2483	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	7,20	7,78	8,32	10,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,76
2484	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	2023-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	19,54	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,88
2485	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	5,78	6,32	8,59	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,76
2486	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	16,34	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,68
2487	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	8,00	8,64	9,18	11,76	8,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,34
2488	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	12,00	12,96	13,74	18,27	17,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,42
2489	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	10,60	11,45	12,14	15,05	10,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,94
2490	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	13,90	15,01	15,91	20,00	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2491	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	9,84	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,33
2492	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,50	16,74	17,74	22,11	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,31
2493	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,90	15,01	15,91	19,07	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,11
2494	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	42,46	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,04
2495	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 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	4,99	5,39	5,93	7,69	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,88
2496	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 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	9,98	10,78	11,43	14,59	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,97
2497	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 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	14,97	16,17	17,14	21,51	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2498	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 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	29,94	32,34	34,28	41,25	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,39
2499	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	9,93	10,72	11,37	14,87	12,50	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	6,12
2500	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwпадczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,03	43,03	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2501	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwпадczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,03	43,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2502	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwпадczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,81	70,81	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2503	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwпадczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,81	70,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2504	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwпадczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,82	34,82	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2505	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwпадczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,82	34,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2506	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	7,76	8,38	8,92	10,56	4,57	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,19
2507	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	11,89	12,84	13,61	16,19	7,91	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,48
2508	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2022-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,20	7,78	8,32	11,69	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2509	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,47	10,23	10,84	14,21	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,27
2510	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,14	8,79	9,33	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2511	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2024-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,00	17,28	18,32	24,29	24,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2512	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	8,16	8,70	12,07	12,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2513	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,23	16,45	17,43	23,09	23,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2514	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2022-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,46	32,90	34,87	43,39	43,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,95
2515	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,45	12,37	13,11	16,48	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,54
2516	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,12	24,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,81
2517	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,18	13,15	13,94	17,31	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2518	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2021-05-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,52	12,44	13,19	16,56	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
2519	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2021-11-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,20	12,10	12,82	16,19	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,25
2520	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	11,00	11,88	12,59	15,96	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,02
2521	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2023-03-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,90	9,61	10,18	13,55	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
2522	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2021-11-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,20	16,42	17,40	23,06	23,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2523	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2022-11-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,62	8,23	8,77	12,14	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2524	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2023-09-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,05	8,69	9,23	12,81	12,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2525	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2021-09-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,50	30,78	32,63	40,60	40,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2526	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2021-09-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,50	9,18	9,73	13,31	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,50
2527	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2024-04-01	3 lata	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,08	14,13	14,97	18,34	12,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,46
2528	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	6,00	6,48	7,02	8,33	3,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,42
2529	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	11,80	12,74	13,51	18,21	18,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2530	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	11,98	12,94	13,72	15,99	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,16
2531	Nimesulidum	Nimesil, granulaty 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	11,70	12,64	13,39	18,09	18,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,05
2532	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,55	3,83	4,37	5,84	4,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,71
2533	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,10	7,67	8,21	10,80	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	5,33
2534	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,20	5,62	6,16	8,75	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,28
2535	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,48	11,32	12,00	16,55	16,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,40
2536	Norethisteroni acetat + 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	16,80	18,14	19,23	23,56	16,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,20
2537	Octreotidum	Sandostatatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01-<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy-<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreatyd	40,00	43,20	45,79	53,60	30,61	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,19
2538	Octreotidum	Sandostatatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01-<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy-<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreatyd	30,00	32,40	34,34	39,40	15,30	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,30

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2539	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 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	519,22	560,76	594,40	623,70	612,21	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,69
2540	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 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1038,45	1121,53	1188,82	1230,35	1224,42	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,13
2541	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 14, <1>2024-04-01/<2>2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 3 miesiące/<2>3 lata - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1557,67	1682,28	1783,22	1836,63	1836,63	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrecji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2542	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powł., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	11,98	12,94	13,72	17,04	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2543	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powł., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	11,98	12,94	13,72	17,04	11,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,24
2544	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,00	56,16	59,53	73,12	73,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2545	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,60	27,65	29,31	38,90	38,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2546	Olanzapinum	Anzolin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,00	56,16	59,53	72,80	72,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2547	Olanzapinum	Anzolin, 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	77,50	83,70	88,72	104,01	104,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2548	Olanzapinum	Anzolin, 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	103,00	111,24	117,91	135,18	135,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2549	Olanzapinum	Anzolin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	39,05	39,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2550	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,80	72,14	76,47	89,74	89,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2551	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991461294	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,20	72,58	76,93	90,20	90,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2552	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	80,14	93,41	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,75
2553	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,60	144,29	152,95	170,22	170,22	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2554	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	134,40	145,15	153,86	171,13	171,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2555	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,80	149,90	158,90	176,17	176,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2556	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	49,36	45,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,63
2557	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,40	74,95	79,44	92,71	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,05
2558	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,60	63,29	67,09	80,36	80,36	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2559	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,60	63,29	67,09	80,36	80,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2560	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2023-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,80	86,18	91,36	106,65	106,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2561	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2023-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,40	114,91	121,80	139,07	139,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2562	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,30	31,64	33,54	42,83	42,83	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2563	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,30	31,64	33,54	42,83	42,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2564	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,44	91,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2565	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,51	48,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2566	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,26	75,88	80,44	93,71	91,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,05
2567	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,26	75,88	80,44	93,71	91,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,05
2568	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	241,00	260,28	275,90	296,47	296,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2569	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	251,50	271,62	287,92	308,49	308,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2570	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	137,73	148,75	157,67	174,94	174,94	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2571	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341	<1>2022-05-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,73	45,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,00
2572	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,50	130,14	137,95	154,23	154,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,23
2573	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	125,00	135,00	143,10	159,38	159,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,23

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
2574	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,90	40,93	43,38	56,65	56,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2575	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	56,85	61,40	65,08	80,37	80,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2576	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,95	20,47	21,70	30,99	30,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2577	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,80	78,62	83,34	96,61	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,95
2578	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	109,20	117,94	125,01	140,30	137,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,99
2579	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	145,60	157,25	166,69	183,96	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,21
2580	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	50,96	45,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,23
2581	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05901878600451	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,95	60,43	64,05	77,32	77,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2582	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	184,00	198,72	210,64	231,21	231,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2583	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,67	79,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2584	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,67	79,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2585	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,60	28,73	30,46	39,75	39,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2586	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,32	72,71	77,07	90,34	90,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2587	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,68	34,21	36,27	45,56	45,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2588	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,79	83,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2589	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,55	44,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2590	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,79	83,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2591	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	92,40	99,79	105,78	121,07	121,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2592	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	123,20	133,06	141,04	158,31	158,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2593	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,55	44,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2594	Olanzapinum	Olipinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,00	69,12	73,27	86,54	86,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2595	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,78	44,78	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2596	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	286,72	309,66	328,23	349,89	349,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2597	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	274,20	296,14	313,90	336,18	336,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,80
2598	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,44	91,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,78
2599	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,10	80,03	84,83	98,42	98,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2600	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,40	157,03	166,45	183,72	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2601	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	155,40	167,83	177,90	195,52	195,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2602	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	233,10	251,75	266,86	286,81	286,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2603	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	143,36	154,83	164,12	181,39	181,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,97
2604	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,10	148,07	156,96	174,58	174,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2605	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,01	38,89	41,22	50,51	45,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,78
2606	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,85	41,96	44,47	54,06	49,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,05
2607	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,70	78,52	83,22	96,49	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,83
2608	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,70	83,92	88,95	102,54	98,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,32
2609	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	116,55	125,87	133,42	149,13	147,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,30
2610	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,32	81,35	86,23	99,50	91,86	Schizofrenia	choroba Huntingtona	ryczałt	9,76
2611	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,90	44,17	46,82	60,09	60,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2612	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	45,40	49,03	51,97	65,24	65,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2613	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,00	59,40	62,96	76,23	76,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2614	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,44	91,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2615	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,44	91,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2616	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,73	222,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,47
2617	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,73	222,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,47
2618	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	102,43	110,62	117,27	132,56	132,56	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2619	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069899	2021-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	267,74	289,16	306,50	327,61	327,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,20
2620	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	136,57	147,50	156,34	173,61	173,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2621	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	356,99	385,55	408,68	432,52	432,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,93
2622	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	25,96	35,25	35,25	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2623	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,70	24,52	25,98	35,27	35,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2624	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,38	45,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2625	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,38	45,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,65
2626	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,48	114,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,39
2627	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,48	114,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,39
2628	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	0590641400610	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	312,48	337,48	357,73	380,01	380,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,52
2629	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	105,97	98,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,68
2630	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	105,97	98,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,68
2631	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	242,10	261,47	277,16	297,11	295,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,31
2632	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,15	126,52	134,11	149,82	147,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,29
2633	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	351,45	379,57	402,34	425,79	425,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,96
2634	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,20	168,70	178,82	196,44	196,44	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2635	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	468,60	506,09	536,46	563,41	563,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,28
2636	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,24	168,74	178,86	196,48	196,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,76
2637	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,03	39,99	42,39	51,98	49,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,37
2638	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,35	43,58	46,19	55,78	49,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,79
2639	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,05	130,73	138,57	154,28	147,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,31
2640	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,55	59,99	63,59	75,30	73,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,21
2641	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	291,65	314,98	333,88	355,54	355,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,76
2642	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,75	80,73	85,58	98,85	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,17
2643	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	219,97	237,57	251,82	271,30	271,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,06
2644	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	437,47	472,47	500,82	526,83	526,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	16,13
2645	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,13	121,10	128,37	143,66	137,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2646	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	329,96	356,36	377,74	400,49	400,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,10
2647	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	583,30	629,96	667,76	698,13	698,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	21,50
2648	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,51	161,47	171,16	188,43	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,61
2649	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	439,94	475,14	503,65	529,66	529,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	16,13
2650	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,82	157,49	166,94	184,21	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,81
2651	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,37	40,36	42,78	52,07	45,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,41
2652	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,98	118,78	125,91	141,20	137,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,10
2653	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,17	79,02	83,76	97,35	97,35	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	2,88
2654	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	229,49	247,85	262,72	282,67	282,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,64
2655	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,90	127,33	134,97	150,68	147,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,07
2656	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	346,95	374,71	397,19	420,64	420,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2657	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	174,96	185,46	203,08	196,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,38
2658	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	466,20	503,50	533,70	560,65	560,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,28
2659	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	39,19	41,55	51,14	49,21	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,62
2660	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,21	121,19	128,46	144,17	144,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,32
2661	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,96	77,72	82,38	95,65	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,29
2662	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	183,96	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,59
2663	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	126,93	142,22	137,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,02
2664	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	222,60	240,41	254,84	274,32	274,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,06
2665	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,52	161,48	171,17	188,44	183,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,62
2666	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	299,04	322,96	342,34	364,00	364,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,76
2667	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,16	36,89	39,11	48,40	45,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,10



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2668	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,12	76,81	81,42	94,69	91,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,43
2669	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,25	62,91	66,69	79,96	79,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2670	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2024-04-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,00	120,96	128,22	145,49	145,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2671	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,80	31,10	32,97	42,26	42,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2672	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawkka + 3 igły	05909990686803	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	506,00	546,48	579,27	608,25	607,13	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
2673	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawkka + 3 igły	05909990686827	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	727,57	785,78	832,92	867,33	867,33	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2674	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawkka + 3 igły	05909990686834	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	982,26	1060,84	1124,50	1164,74	1164,74	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	4,32
2675	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2024-04-01	1 rok 9 miesięcy	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	141,75	153,09	162,28	177,58	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	83,56
2676	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	136,60	147,53	156,38	171,68	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	77,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2677	Omeprazolom	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,00	7,56	8,10	11,85	11,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,93
2678	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,98	15,10	16,01	19,76	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,55
2679	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	18,10	19,55	20,73	26,94	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,51
2680	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,20	30,46	32,28	41,46	41,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,73
2681	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,00	11,88	12,59	16,34	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,13
2682	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,00	23,76	25,19	31,40	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,97
2683	Omeprazolom	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,50	8,10	8,64	12,39	12,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,20
2684	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,02	6,50	7,04	9,09	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2685	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,88	13,91	14,74	18,49	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,28
2686	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	34,63	37,40	39,65	47,69	39,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	27,71
2687	Omeprazolom	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,50	21,06	22,32	28,53	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	16,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2688	Omeprazolom	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,97	5,37	5,91	9,66	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,83
2689	Omeprazolom	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,94	10,74	11,38	17,59	17,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,80
2690	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,98	6,46	7,00	10,75	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,38
2691	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	13,47	19,68	19,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,84
2692	Omeprazolom	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,00	16,20	17,17	20,92	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,71
2693	Omeprazolom	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,98	24,82	26,31	32,52	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,09
2694	Omeprazolom	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,48	14,56	15,43	19,18	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,97
2695	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	5,18	5,72	9,47	9,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,74
2696	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	15,39	15,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,70
2697	Omeprazolom	Progestim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,45	10,21	10,82	14,57	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,36
2698	Omeprazolom	Uitop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,92	11,79	12,51	16,26	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2699	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	20,90	22,57	23,92	30,13	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,70
2700	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	20,90	22,57	23,92	30,13	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,70
2701	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,34	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2702	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	15,95	17,23	18,26	24,17	22,67	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,70
2703	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	25,90	27,97	29,65	38,48	38,48	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2704	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,34	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2705	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	26,00	28,08	29,76	35,67	22,67	Nowotwory złośliwe		ryczałt	16,20
2706	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	44,00	47,52	50,37	59,20	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	17,06
2707	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	42,50	45,90	48,65	57,48	45,34	Nowotwory złośliwe		ryczałt	15,34
2708	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	24,96	22,12	Padaczka		ryczałt	6,04
2709	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	46,80	44,24	Padaczka		ryczałt	5,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2710	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	66,00	71,28	75,56	88,47	88,47	Padaczka		ryczałt	3,20
2711	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,77	38,63	40,95	49,97	44,24	Padaczka		ryczałt	8,93
2712	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	74,00	79,92	84,72	97,63	88,47	Padaczka		ryczałt	12,36
2713	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,77	38,63	40,95	49,97	44,24	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	8,93
2714	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2022-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - płynne postacie farmaceutyczne	62,78	67,80	71,87	84,41	84,41	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	3,20
2715	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykabazepina - stałe postacie farmaceutyczne	71,20	76,90	81,51	94,42	88,47	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	9,15
2716	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2022-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	15,10	16,31	17,29	21,88	17,55	Stwardnienie rozsiane		30%	9,60
2717	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	5,66	6,11	6,65	9,27	8,78	Stwardnienie rozsiane		30%	3,12
2718	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	11,32	12,23	12,96	17,55	17,55	Stwardnienie rozsiane		30%	5,27
2719	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	55,00	59,40	62,96	73,77	58,85	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia		ryczałt	18,12
2720	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	55,00	59,40	62,96	73,77	58,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,12
2721	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	110,00	118,80	125,93	140,74	117,69	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II - kausalgia		ryczałt	26,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2722	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	110,00	118,80	125,93	140,74	117,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,25
2723	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	220,00	237,60	251,86	270,82	235,38	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	41,13
2724	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	220,00	237,60	251,86	270,82	235,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,13
2725	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	440,00	475,20	503,71	528,68	470,77	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	69,29
2726	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	440,00	475,20	503,71	528,68	470,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	69,29
2727	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,36	35,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	13,25
2728	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,36	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,25
2729	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,10	70,62	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	18,68
2730	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,10	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,68
2731	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	129,60	139,97	148,37	164,28	141,23	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	26,46
2732	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	129,60	139,97	148,37	164,28	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,46
2733	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,34	17,65	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	9,89
2734	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,34	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2735	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	296,73	316,89	282,46	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	41,26
2736	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	296,73	316,89	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,26
2737	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,06	35,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	8,95
2738	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,06	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,95
2739	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,49	70,62	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	10,07
2740	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,49	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,07
2741	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,05	141,23	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	9,23
2742	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,05	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,23
2743	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,84	17,65	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	7,39
2744	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,84	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,39
2745	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,46	282,46	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	6,83
2746	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,46	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2747	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,74	35,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	7,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2748	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,74	35,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,63
2749	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,74	63,44	67,24	79,15	70,62	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	11,73
2750	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,74	63,44	67,24	79,15	70,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,73
2751	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,50	134,46	142,53	158,44	141,23	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	20,62
2752	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	124,50	134,46	142,53	158,44	141,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,62
2753	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,80	17,06	18,09	23,54	17,65	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	9,09
2754	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,80	17,06	18,09	23,54	17,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,09
2755	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	296,73	316,89	282,46	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	41,26
2756	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	259,20	279,94	296,73	316,89	282,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,26
2757	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	67,96	73,40	77,80	90,09	86,48	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	3,61
2758	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	143,22	154,68	163,95	180,24	172,96	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	7,28
2759	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	286,44	309,36	327,92	348,50	345,92	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	2,58
2760	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2022-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,98	36,70	38,90	47,45	43,24	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	4,21



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2761	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	30,30	32,72	34,69	43,24	43,24	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2762	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	60,60	65,45	69,38	81,67	81,67	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2763	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	121,20	130,90	138,75	155,04	155,04	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2764	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	17,10	18,47	19,58	25,27	21,62	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	3,65
2765	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	76,00	82,08	87,00	99,29	86,48	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	12,81
2766	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	136,00	146,88	155,69	171,98	171,98	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2767	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	272,00	293,76	311,39	331,97	331,97	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2768	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	34,00	36,72	38,92	47,47	43,24	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	4,23
2769	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188713	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,50	485,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2770	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188720	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,08	729,08	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2771	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188706	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,03	365,03	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2772	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009065	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,50	485,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2773	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009058	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,08	729,08	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2774	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009089	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	196,00	211,68	224,38	243,50	243,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2775	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009072	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,03	365,03	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2776	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. 1 ml	05909991475468	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,50	485,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2777	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. 1,5 ml	05909991475475	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,08	729,08	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2778	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. 0,75 ml	05909991475420	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,03	365,03	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2779	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1108,78	1197,48	1269,33	1310,68	1280,81	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	29,87
2780	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1475,56	1593,60	1689,22	1738,38	1704,50	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	33,88
2781	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	2213,33	2390,40	2533,82	2598,69	2556,75	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	41,94
2782	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	470,00	507,60	538,06	563,35	487,00	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	76,35
2783	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	715,95	773,23	819,62	850,83	730,50	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	120,33
2784	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	352,47	380,67	403,51	425,72	365,25	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	60,47
2785	Pancreatinum	Lipanea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,38	48,38	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	14,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2786	Pancreatinum	Lipanea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2022-09-01/<2>2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,38	48,38	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2787	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,06	8,70	9,24	11,29	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,18
2788	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,97	15,09	15,99	19,74	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,53
2789	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	17,50	18,54	24,75	24,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,38
2790	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,20	3,46	4,00	5,20	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,65
2791	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	32,40	34,99	37,09	46,27	46,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	23,14
2792	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,27	6,77	7,31	9,36	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,25
2793	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,34	3,61	4,15	5,35	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,80
2794	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,68	7,21	7,75	9,80	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,69
2795	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,02	6,50	7,04	9,09	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2796	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,03	12,99	13,77	17,52	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2797	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,42	4,77	5,31	7,36	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,25
2798	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,48	9,16	9,71	13,46	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,25
2799	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,99	7,55	8,09	10,14	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,03
2800	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,90	15,01	15,91	19,66	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,45
2801	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	5,78	6,32	8,37	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,26
2802	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,70	11,56	12,25	16,00	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,79
2803	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,15	15,28	16,20	21,46	19,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,47
2804	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,30	30,56	32,40	40,44	39,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,46
2805	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,89	12,84	13,61	17,36	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,15
2806	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,00	6,48	7,02	9,07	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,96
2807	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,78	7,32	7,86	11,61	11,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2808	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	7,34	7,88	11,63	11,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,82
2809	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,00	12,96	13,74	17,49	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,28
2810	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,56	14,64	15,52	21,73	21,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,87
2811	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,60	14,69	15,57	21,78	21,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,89
2812	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,78	25,68	27,23	33,44	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	21,01
2813	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,00	4,32	4,86	6,91	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,80
2814	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,79	9,49	10,07	13,82	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,61
2815	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	12,93	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,72
2816	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,58	18,99	20,12	26,33	24,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,90
2817	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,45	3,73	4,27	6,32	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,21
2818	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2819	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,06	5,46	6,00	8,05	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,94
2820	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,15	10,96	11,62	15,37	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,16
2821	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,30	4,64	5,18	7,23	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,12
2822	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,40	9,07	9,61	13,36	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,15
2823	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,70	9,40	9,96	13,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,50
2824	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,20	4,54	5,08	7,13	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,02
2825	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,30	8,96	9,50	13,25	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,04
2826	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,90	4,21	4,75	6,80	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,69
2827	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
2828	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,71	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,50
2829	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,82	14,93	15,82	22,03	22,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2830	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,89	7,44	7,98	10,03	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,92
2831	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,87	9,58	10,15	13,90	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,69
2832	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,78	14,88	15,78	19,53	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,32
2833	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,95	6,43	6,97	9,02	6,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,91
2834	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,90	12,85	13,62	17,37	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,16
2835	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,00	12,96	13,74	17,79	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,91
2836	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,20	14,26	15,11	19,16	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,28
2837	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	26,40	28,51	30,22	36,81	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,06
2838	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,30	8,96	9,50	13,55	13,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,07
2839	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,60	25,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,68
2840	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,50	9,18	9,73	13,78	13,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,13
2841	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,50	14,58	15,45	19,50	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,62



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2842	Paroxetine	Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	27,00	29,16	30,91	37,50	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,75
2843	Paroxetine	Rexetin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,40	14,47	15,34	19,39	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,51
2844	Paroxetine	Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,75	11,61	12,31	16,36	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,48
2845	Patiromer calcium	Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 mg	30 sasz.	07640166811459	2024-04-01	2 lata	270.0, Leki stosowane w leczeniu hiperkalemii i hiperfosfatemii - patiromer	806,00	870,48	922,71	958,91	958,91	Leczenie hiperkalemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
2846	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2023-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	60,00	64,80	68,69	80,91	80,91	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
2847	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	6,90	7,45	7,99	11,33	11,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2848	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	13,80	14,90	15,80	21,42	21,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2849	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	2,00	2,16	2,70	3,55	2,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,49
2850	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	2023-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	2,80	3,02	3,56	5,16	5,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2851	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	3,35	3,62	4,16	6,01	6,01	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2852	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	8,97	9,69	10,27	13,61	12,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,23
2853	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	2,51	2,71	3,25	4,10	2,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,04
2854	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2023-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	4,48	4,84	5,38	7,23	6,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,04
2855	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	24,34	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2856	Perindoprił tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	24,34	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,57
2857	Perindoprił tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	12,34	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,96
2858	Perindoprił tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	12,34	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,96
2859	Perindoprił tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	26,18	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,41
2860	Perindoprił tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,25	6,75	7,29	8,37	2,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,37
2861	Perindoprił tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	14,31	16,12	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,74
2862	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	9,85	10,64	11,28	13,09	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,71
2863	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	35,29	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	30,52
2864	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2022-01-01	3 lata	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,73	19,15	20,29	22,10	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,72
2865	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,23	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,46
2866	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,23	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2867	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	12,29	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,91
2868	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestartium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,67	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,90
2869	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestartium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,67	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,90
2870	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestartium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,42	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,04
2871	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestartium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,42	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,04
2872	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,02	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	36,25
2873	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,67	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,29
2874	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,02	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	36,25
2875	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,67	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,29
2876	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2023-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postacie do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	8,80	6,91	Padaczka		ryczałt	5,09
2877	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	4,00	4,32	4,86	6,91	6,91	Padaczka		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2878	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	35,36	38,19	40,48	49,75	49,75	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
2879	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	42,42	45,81	48,57	57,11	46,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	13,71
2880	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	5,79	6,33	10,31	10,31	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
2881	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	24,03	25,95	27,51	34,99	34,99	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
2882	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	8,69	9,23	14,52	14,52	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
2883	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	25,69	27,75	29,41	37,17	37,17	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
2884	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	12,33	13,32	14,12	19,00	19,00	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
2885	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	2024-04-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,00	10,80	11,45	15,66	15,66	Padaczka		ryczałt	2,88
2886	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	2024-04-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	40,83	44,10	46,74	56,76	56,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2887	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 przeciwwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina	12,50	13,50	14,31	19,24	19,24	Jaskra		30%	5,77
2888	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. 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	18,62	20,11	21,32	27,67	23,52	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,21
2889	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 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	217,00	234,36	248,42	268,20	268,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2890	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,40	704,40	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2891	Posaconazolom	Posaconazole Mylan, zawieszina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	597,50	645,30	684,02	715,28	706,69	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	11,79
2892	Posaconazolom	Posaconazole Stada, zawieszina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	706,69	706,69	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2893	Posaconazol	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazol - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,40	704,40	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSC T), 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
2894	Pramipexolum	Opryme a, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	17,40	18,79	19,92	26,18	23,05	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopą słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	10,05
2895	Pramipexolum	Opryme a, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,60	46,01	48,77	58,93	56,45	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopą słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	19,42
2896	Pramipexolum	Opryme a, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,00	68,04	72,12	84,68	84,68	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopą słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	25,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2897	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667	2023-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	85,20	92,02	97,53	111,69	111,69	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	33,51
2898	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	8,90	9,61	10,18	13,03	9,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,16
2899	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	25,00	27,00	28,62	36,26	36,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27
2900	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,62	1,50	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	9,56
2901	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,62	1,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,21
2902	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	25,74	15,03	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	12,52
2903	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	25,74	15,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,64



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2904	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	35,54	30,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>cozynofilowe 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	8,78
2905	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	35,54	30,06	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,93
2906	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	37,57	37,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>cozynofilowe 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	4,80
2907	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	37,57	37,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2908	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	15,37	7,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>cozynofilowe 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	9,95
2909	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	15,37	7,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,07
2910	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	17,38	18,77	19,89	26,43	26,10	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2911	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	74,40	80,35	85,17	98,78	98,78	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2912	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	78,00	84,24	89,29	102,90	102,90	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2913	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	78,12	84,37	89,43	103,04	103,04	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2914	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	10,00	10,80	11,45	15,46	13,05	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,61
2915	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	37,20	40,18	42,58	52,19	52,19	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2916	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	37,20	40,18	42,58	52,19	52,19	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2917	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	79,72	86,10	91,26	105,17	105,17	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2918	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	39,86	43,05	45,63	55,54	55,54	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2919	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	24,00	25,92	27,48	38,51	38,51	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2920	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	29,00	31,32	33,20	46,81	46,81	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2921	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	36,00	38,88	41,21	56,24	56,24	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2922	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	13,44	14,52	15,39	21,93	21,93	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2923	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	19,00	20,52	21,75	31,36	31,36	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2924	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	98,00	105,84	112,19	126,86	126,86	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,73
2925	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	49,00	52,92	56,10	66,77	65,24	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,73
2926	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	50,00	54,00	57,24	69,46	69,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2927	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	48,00	51,84	54,95	63,45	42,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	21,75
2928	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	96,00	103,68	109,90	122,12	85,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	39,19
2929	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	81,60	88,13	93,42	105,64	85,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,36
2930	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	24,00	25,92	27,48	33,12	21,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,41
2931	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2024-04-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	12,90	13,93	14,76	16,91	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,31
2932	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	30,00	32,40	34,34	42,84	42,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2933	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	30.0, Leki przeciwaritmiczne klasy I C - propafenon	5,19	5,61	6,15	8,65	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
2934	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909991033507	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	4,43	5,36	2,33	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; naczyńniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki płaskie; naczyńniki jamiste	ryczałt	5,36
2935	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	6,63	9,30	9,30	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; naczyńniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki płaskie; naczyńniki jamiste	ryczałt	3,20
2936	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	4,43	5,36	2,33	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; naczyńniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki płaskie; naczyńniki jamiste	ryczałt	4,82
2937	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	6,63	9,30	9,30	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; naczyńniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyńniki płaskie; naczyńniki jamiste	ryczałt	2,88
2938	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2022-01-01	3 lata	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazinamid	125,00	135,00	143,10	159,61	159,61	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2939	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,56	118,56	Miastenia		ryczałt	5,33
2940	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,56	118,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,57
2941	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	2022-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,00	39,96	42,36	51,72	44,41	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,51
2942	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	2022-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,00	79,92	84,72	98,08	88,82	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,46
2943	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	6,37	8,47	5,55	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepianiem	ryczałt	6,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2944	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 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	30,50	32,94	34,92	44,28	44,28	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2945	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 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	62,00	66,96	70,98	84,34	84,34	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2946	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,15	5,55	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepieniem	ryczałt	5,80
2947	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 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	93,00	100,44	106,47	121,83	121,83	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2948	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	85,48	85,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2949	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,00	103,68	109,90	125,26	125,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2950	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,00	140,40	148,82	166,18	166,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2951	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990806362	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,80	36,50	38,70	48,06	44,41	Schizofrenia		ryczałt	6,85
2952	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990806386	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,60	73,01	77,39	90,75	88,82	Schizofrenia		ryczałt	5,13
2953	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990806355	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	8,36	5,55	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepieniem	ryczałt	6,01
2954	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 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	32,75	35,37	37,50	46,86	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2955	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 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	65,50	70,74	74,98	88,34	88,34	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
2956	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990722327	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	98,25	106,11	112,48	127,84	127,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2957	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	38,49	40,80	50,16	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,95
2958	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,29	75,91	80,47	93,83	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,21
2959	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990055531	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	6,37	8,47	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepieniem	ryczałt	6,12
2960	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,14	113,55	120,37	135,73	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,31
2961	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,05	56,21	59,58	70,94	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,53
2962	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,40	74,95	79,44	92,80	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,18
2963	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	104,10	112,43	119,18	134,54	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,12
2964	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,80	149,90	158,90	176,26	176,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2965	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,35	18,74	19,86	26,22	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2966	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 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	59,10	63,83	67,66	79,69	74,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,88
2967	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 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	17,60	19,01	20,15	26,51	22,20	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,51
2968	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 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	36,70	39,64	42,01	51,37	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,16
2969	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 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	118,00	127,44	135,09	151,12	148,03	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,42
2970	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 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	34,70	37,48	39,72	49,08	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,87
2971	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 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	71,50	77,22	81,85	95,21	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,59
2972	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	26,70	18,50	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepieniem	ryczałt	11,40
2973	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 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	103,95	112,27	119,01	134,37	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,95
2974	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,40	42,55	45,10	54,46	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,25
2975	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,00	84,24	89,29	102,65	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,03
2976	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,50	5,94	6,48	8,58	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepieniem	ryczałt	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2977	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	69,20	74,74	79,22	92,58	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,96
2978	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	103,80	112,10	118,83	134,19	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,77
2979	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	138,40	149,47	158,44	175,80	175,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2980	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	8,65	9,34	9,90	13,75	11,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,85
2981	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 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	34,70	37,48	39,72	49,08	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,87
2982	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 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	69,41	74,96	79,46	92,82	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,20
2983	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,82	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,47
2984	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 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	104,11	112,44	119,19	134,55	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,13
2985	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	51,75	55,89	59,25	70,61	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,20
2986	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	69,00	74,52	78,99	92,35	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,73



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2987	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	103,50	111,78	118,49	133,85	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,43
2988	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	132,00	142,56	151,11	168,47	168,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2989	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	17,30	18,68	19,81	26,17	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,17
2990	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 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	38,00	41,04	43,50	52,86	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,65
2991	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 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	57,00	61,56	65,25	76,61	66,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,20
2992	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 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	76,00	82,08	87,00	100,36	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,74
2993	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2022-01-01/<2>2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,48	5,92	6,46	8,56	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	6,21
2994	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 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	114,00	123,12	130,51	145,87	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,45
2995	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	52,41	56,60	59,99	71,35	66,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,94
2996	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	70,00	75,60	80,14	93,50	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2997	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	105,00	113,40	120,20	135,56	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,14
2998	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	140,00	151,20	160,27	177,63	177,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2999	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990965335	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	9,90	13,75	11,10	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,85
3000	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,28	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,07
3001	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887	2023-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,21	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,59
3002	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,33	4,68	5,22	7,32	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepieniem	ryczałt	4,97
3003	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590	2024-04-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	39,95	42,35	51,71	44,41	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,45
3004	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651	2024-04-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,99	78,83	83,56	96,92	88,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,17
3005	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,19	5,61	6,15	8,25	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otepieniem	ryczałt	5,31
3006	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675	2024-04-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,09	117,82	124,89	140,25	133,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	10,65
3007	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,33	37,08	39,30	48,66	44,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	7,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3008	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2022-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,67	74,16	78,61	91,97	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,35
3009	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2022-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,00	111,24	117,91	133,27	133,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,85
3010	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	66,00	71,28	75,56	88,92	88,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,30
3011	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	99,00	106,92	113,34	128,70	128,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3012	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	16,50	17,82	18,89	25,25	22,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,25
3013	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,84	12,79	13,55	15,85	7,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie 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	12,67
3014	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	13,11	3,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie 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	12,59
3015	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	19,25	7,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie 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	16,07
3016	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,68	25,57	27,11	31,25	14,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie 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	24,89
3017	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	8,53	9,37	1,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	naciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	9,37
3018	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,17	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3019	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,32	10,07	10,67	16,20	16,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3020	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,35	18,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3021	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	34,65	34,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,60
3022	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	9,87	9,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3023	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	13,14	18,67	18,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3024	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,33	21,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3025	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,27	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,50
3026	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,73	15,91	16,86	22,39	22,34	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	12,85
3027	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	3,96	4,50	6,31	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,93
3028	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,33	7,92	8,46	11,74	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,97
3029	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,00	14,04	14,88	20,13	20,13	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	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3030	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	16,06	16,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3031	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	16,06	16,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3032	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,17	16,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3033	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	16,98	16,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona 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
3034	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,30	4,64	5,18	6,99	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,61
3035	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	7,17	7,71	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3036	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	7,17	7,71	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3037	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	7,18	7,72	11,00	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3038	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	7,18	7,72	11,00	11,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3039	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,00	7,56	8,10	11,38	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,61
3040	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,62	14,71	15,60	20,85	20,85	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	10,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3041	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,79	15,97	16,93	22,18	20,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona 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	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	5,93	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,53
3043	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,81	7,35	7,89	10,97	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,86
3044	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,29	7,87	8,41	11,49	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,33
3045	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	15,95	15,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona 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
3046	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,45	2,65	3,19	4,91	4,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona 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
3047	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,70	5,08	5,62	8,70	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3048	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,00	11,88	12,59	17,84	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3049	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,50	5,94	6,48	9,56	9,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona 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
3050	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	14,19	19,44	19,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3051	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,54	19,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3052	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,54	19,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3053	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,54	19,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3054	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,54	19,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3055	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,58	13,59	14,40	19,65	19,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3056	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,60	13,61	14,43	19,68	19,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3057	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	22,20	20,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	13,30
3058	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,82	7,37	7,91	9,63	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,62
3059	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,86	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona 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
3060	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,86	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona 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
3061	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,86	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona 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
3062	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,50	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłękła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3063	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	19,91	19,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3064	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,95	13,99	14,83	20,08	20,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3065	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,10	14,15	15,00	20,25	20,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3066	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	16,48	22,01	22,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3067	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,08	46,53	49,31	59,67	59,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	38,40
3068	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,60	3,89	4,43	6,24	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,86
3069	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,77	11,63	12,33	16,81	16,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,66
3070	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,39	6,90	7,44	10,52	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,06
3071	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,40	6,91	7,45	10,53	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,07
3072	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,49	7,01	7,55	10,63	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona 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
3073	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,20	7,78	8,32	11,60	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewłeka choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,83



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3074	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,54	23,26	24,66	31,77	31,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	19,20
3075	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,49	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,36
3076	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	6,64	9,23	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,16
3077	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,49	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,36
3078	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,65	6,10	6,64	9,23	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,16
3079	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,68
3080	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,73	32,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,84
3081	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,78
3082	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,68
3083	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,68
3084	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,73	32,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3085	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,78
3086	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,68
3087	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,34	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,69
3088	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,78
3089	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,34	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,69
3090	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,78
3091	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20
3092	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,09
3093	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,33	17,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,20
3094	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,16	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	3,09
3095	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,45	11,29	11,97	13,69	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3096	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,40	14,47	15,34	18,42	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,96
3097	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,40	11,23	11,90	15,18	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	10,41
3098	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,49	8,09	8,63	10,44	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,06
3099	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	8,05	8,59	10,31	5,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,30
3100	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,50	10,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,04
3101	Relugolixum	Orgovyx, tabl. powł., 120 mg	30 szt.	05055565785270	2024-01-01	2 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	368,00	397,44	421,29	448,96	448,96	Nowotwory złośliwe - zaawansowana postać hormonozależnego raka gruczołu krokowego u pacjentów dorosłych		bezpłatny do limitu	0,00
3102	Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate	Ryeqo, tabl. powł., 40+1+0,5 mg	28 szt.	05997001370742	2024-04-01	2 lata	78.3, Hormony podwzgórza i przysadki - antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów	302,00	326,16	345,73	368,19	368,19	Leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym		30%	110,46
3103	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	115,00	124,20	131,65	147,58	141,75	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,25
3104	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	230,00	248,40	263,30	283,49	283,49	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3105	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	143,75	155,25	164,57	182,05	175,57	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,83
3106	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	287,50	310,50	329,13	351,13	351,13	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3107	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2024-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	145,00	156,60	166,00	183,52	183,52	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3108	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,95	6,43	6,97	9,32	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,10
3109	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,00	16,20	17,17	22,81	22,27	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,74
3110	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,00	31,32	33,20	40,84	37,11	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,93
3111	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,00	32,40	34,34	42,84	42,84	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3112	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	45,00	48,60	51,52	62,02	62,02	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,84
3113	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	57,50	62,10	65,83	78,05	78,05	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,12
3114	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,05	6,53	7,07	9,42	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,20
3115	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,30	13,28	14,08	18,29	14,85	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,64
3116	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,10	20,63	21,87	27,51	22,27	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,44
3117	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	26,20	28,30	29,99	36,78	29,69	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3118	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 zestaw	05909991457952	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	91,09	98,38	104,28	118,84	118,84	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3119	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	1 zestaw	05909991457921	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	140,40	151,63	160,73	177,90	177,90	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3120	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 zestaw	05909991457891	2023-03-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	190,71	205,97	218,32	237,01	237,01	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3121	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,50	7,02	7,56	9,91	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,69
3122	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,50	21,06	22,32	27,96	22,27	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,89
3123	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,80	13,82	14,66	18,87	14,85	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,22
3124	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	38,40	41,47	43,96	52,46	44,54	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,12
3125	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,95	19,39	20,55	26,19	22,27	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,12
3126	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	53,85	58,16	61,65	72,15	66,80	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,19
3127	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	25,60	27,65	29,31	36,10	29,69	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3128	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	76,80	82,94	87,92	100,14	89,07	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	16,19
3129	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,02	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,80
3130	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	32,00	34,56	36,63	44,27	37,11	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,36
3131	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,20	14,26	15,11	19,32	14,85	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,67
3132	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,10	22,27	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,03
3133	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3134	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 do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	111,09	119,98	127,18	141,74	118,84	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	26,10
3135	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 do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	171,03	184,71	195,79	212,96	178,26	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	37,90
3136	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 do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	222,20	239,98	254,37	273,06	237,68	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	38,58
3137	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,64	7,17	7,71	10,06	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3138	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,92	15,03	15,94	20,15	14,85	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,50
3139	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,60	22,25	23,59	29,23	22,27	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,16
3140	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	28,00	30,24	32,05	38,84	29,69	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,35
3141	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,50	5,94	6,48	8,83	7,42	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,61
3142	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,39	13,38	14,18	19,11	18,56	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,75
3143	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	16,80	14,85	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,15
3144	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	24,79	26,77	28,38	36,02	36,02	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3145	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2021-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	74,50	80,46	85,29	93,10	34,36	Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - profilaktyka pierwotna		ryczałt	61,94
3146	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	104,30	112,64	119,40	131,00	72,16	<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%	80,49

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3147	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	312,90	337,93	358,20	376,31	216,47	<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%	224,78
3148	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2021-09-01/<2>2023-09-01	3 lata	22,0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	104,30	112,64	119,40	132,92	96,21	<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%	65,57
3149	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	2022-11-01	3 lata	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	147,80	159,62	169,20	177,57	42,27	Choroba Alzheimera		30%	147,98
3150	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	56,60	61,13	64,80	69,04	14,62	Choroba Alzheimera		30%	58,81
3151	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	108,40	117,07	124,09	131,03	30,19	Choroba Alzheimera		30%	109,90
3152	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	108,50	117,18	124,21	131,15	30,19	Choroba Alzheimera		30%	110,02
3153	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	116,95	126,31	133,89	140,83	30,19	Choroba Alzheimera		30%	119,70
3154	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	188,16	203,21	215,41	223,78	42,27	Choroba Alzheimera		30%	194,19



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3155	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sas.	05909990066704	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	70,87	76,54	81,13	85,37	14,62	Choroba Alzheimera		30%	75,14
3156	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sas.	05909990066766	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	135,01	145,81	154,56	161,50	30,19	Choroba Alzheimera		30%	140,37
3157	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	14,90	4,70	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,61
3158	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	14,90	4,70	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,61
3159	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	21,99	24,94	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,37
3160	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	21,99	24,94	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,37
3161	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,90	40,93	43,38	48,45	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,30
3162	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	43,99	49,06	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91
3163	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,81	31,11	32,98	37,12	14,09	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3164	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,81	31,11	32,98	37,12	14,09	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,26
3165	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	56,90	61,45	65,13	71,83	28,18	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,10
3166	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,62	62,23	65,97	72,67	28,18	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,94
3167	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	38,42	41,49	43,99	49,06	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91
3168	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	38,42	41,49	43,99	49,06	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91
3169	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	75,90	81,97	86,89	94,70	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,40
3170	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	76,83	82,98	87,96	95,77	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,47
3171	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	9,57	10,34	10,95	12,60	4,70	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,31
3172	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186,0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,13	20,66	21,90	24,85	9,39	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3173	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	18,80	20,30	21,52	24,47	9,39	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,90
3174	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	37,60	40,61	43,05	48,12	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,97
3175	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,20	29,38	31,14	35,28	14,09	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,42
3176	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,00	61,56	65,25	71,95	28,18	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,22
3177	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	37,60	40,61	43,05	48,12	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,97
3178	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	75,20	81,22	86,09	93,90	37,57	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,60
3179	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	6,60	7,13	7,67	9,32	4,70	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	6,03
3180	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,20	14,26	15,11	18,06	9,39	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,49
3181	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,40	28,51	30,22	35,29	18,79	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	22,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3182	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,80	21,38	22,67	26,81	14,09	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,95
3183	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	39,60	42,77	45,34	52,04	28,18	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	32,31
3184	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,40	28,51	30,22	35,29	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	22,14
3185	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	52,80	57,02	60,45	68,26	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,96
3186	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	16,00	17,28	18,32	21,27	9,39	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,70
3187	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,00	32,40	34,34	39,41	18,79	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,26
3188	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,70	46,12	48,88	55,58	28,18	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,85
3189	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	55,10	59,51	63,08	70,89	37,57	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,59
3190	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	19,95	21,55	22,84	29,93	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	9,44
3191	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	40,20	43,42	46,02	56,36	56,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3192	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	84,60	91,37	96,85	111,19	111,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,36
3193	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	28,50	30,78	32,63	39,72	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,23
3194	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	57,00	61,56	65,25	75,59	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,61
3195	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	114,00	123,12	130,51	144,85	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	62,89
3196	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,40	27,43	29,07	35,93	27,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,72
3197	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,40	5,83	6,37	8,36	5,49	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,52
3198	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	11,66	15,28	10,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,59
3199	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,30	21,92	23,24	29,26	21,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,90
3200	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,00	45,36	48,08	58,10	54,89	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,68
3201	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,00	25,92	27,48	34,57	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,08
3202	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	49,00	52,92	56,10	66,44	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	25,46
3203	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	95,00	102,60	108,76	123,10	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,14
3204	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	22,00	23,76	25,19	32,28	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3205	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	52,30	56,48	59,88	70,22	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,24
3206	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	105,00	113,40	120,20	134,54	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	52,58
3207	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,27	31,61	33,51	40,60	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,11
3208	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,54	63,22	67,01	77,35	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,37
3209	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,08	126,45	134,03	148,37	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,41
3210	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,30	31,64	33,54	40,63	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,14
3211	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,60	63,29	67,09	77,43	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,45
3212	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,22	126,60	134,19	148,53	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,57
3213	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	26,40	28,51	30,22	37,31	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,82
3214	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,80	57,02	60,45	70,79	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,81
3215	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2022-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	106,30	114,80	121,69	136,03	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	54,07
3216	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,37	5,80	6,34	8,33	5,49	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,49
3217	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	11,66	15,28	10,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3218	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,51	23,23	24,62	30,64	21,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,28
3219	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	53,68	57,97	61,45	71,47	54,89	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,05
3220	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	26,99	29,15	30,90	37,99	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	17,50
3221	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	54,42	58,77	62,31	72,65	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,67
3222	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	108,35	117,02	124,04	138,38	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	56,42
3223	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	29,00	31,32	33,20	40,29	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,80
3224	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	72,50	78,30	83,00	95,83	87,82	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,36
3225	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,98	42,10	44,63	54,97	54,97	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,49
3226	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	58,00	62,64	66,40	76,74	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	35,76
3227	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	145,00	156,60	166,00	182,83	175,63	Choroba i zespół Parkinsona		30%	59,89
3228	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2023-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	77,96	84,20	89,25	103,59	103,59	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,08
3229	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	116,00	125,28	132,80	147,14	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	65,18
3230	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	290,00	313,20	331,99	353,17	351,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	107,28

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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3231	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	27,50	29,70	31,48	38,57	29,27	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,08
3232	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	55,00	59,40	62,96	73,30	58,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	32,32
3233	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	110,00	118,80	125,93	140,27	117,09	Choroba i zespół Parkinsona		30%	58,31
3234	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,27	5,69	6,23	8,72	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,21
3235	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,54	11,38	12,06	16,47	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,45
3236	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,08	22,77	24,13	31,15	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,35
3237	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,80	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,05
3238	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,73	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,22
3239	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,03	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,01
3240	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,11	22,80	24,17	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,36
3241	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	9,40	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,89
3242	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	6,59	9,23	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,33
3243	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,58	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,37



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3244	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,10	17,39	18,44	24,70	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,41
3245	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,80	12,74	13,51	17,92	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,90
3246	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,76	16,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,03
3247	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,15	12,04	12,77	17,39	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3248	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415	2023-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,53	45,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,66
3249	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,80	34,34	36,41	45,65	45,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,70
3250	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,20	34,78	36,86	46,10	46,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,83
3251	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,47	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,44
3252	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,95	3,19	3,73	5,15	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,40
3253	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775	2022-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,05	8,69	9,23	13,02	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,17
3254	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,67	6,12	6,66	9,30	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,06
3255	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	9,17	9,72	13,51	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3256	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	12,42	13,17	17,79	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3257	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,99	18,35	19,45	25,71	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,21
3258	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,70	24,52	25,98	33,26	33,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,98
3259	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	3,07	3,61	5,11	4,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,94
3260	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,36	5,79	6,33	8,82	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,31
3261	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,64	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
3262	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,64	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
3263	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,47	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,44
3264	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,47	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,44
3265	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,72	46,14	48,90	59,14	59,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,74
3266	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	2,86	3,40	4,82	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,07
3267	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,80	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,29
3268	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,98	5,38	5,92	8,41	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90
3269	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,96	10,76	11,40	15,81	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3270	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,92	21,51	22,81	29,83	29,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,95
3271	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062	2023-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,49	2,69	3,23	4,65	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,90
3272	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,92	6,39	6,93	9,42	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3273	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,18	18,55	19,67	25,93	25,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,23
3274	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,88	9,59	10,16	13,72	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,46
3275	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,25	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,73
3276	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,77	27,83	29,51	37,28	37,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,18
3277	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,84	12,79	13,55	17,96	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
3278	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,36	37,11	39,33	48,57	48,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,57
3279	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,77	19,19	20,35	26,28	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,76
3280	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,00	34,56	36,63	45,48	45,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,64
3281	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	51,54	55,66	59,00	70,24	70,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,07
3282	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,69	25,59	27,12	34,14	31,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3283	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	68,72	74,22	78,67	91,88	91,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,56
3284	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,96	3,20	3,74	5,16	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,41
3285	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	9,28	9,84	13,63	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,78
3286	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,80	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,29
3287	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,38	16,61	17,60	23,53	23,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,06
3288	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,64	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
3289	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,77	33,23	35,23	44,08	44,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,22
3290	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009	2022-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,15	22,84	24,21	31,23	31,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,37
3291	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2022-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	61,55	66,47	70,46	83,15	83,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,95
3292	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,64	2,85	3,39	4,81	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,06
3293	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,73	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90
3294	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,55	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,98
3295	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,95	8,59	9,13	12,69	11,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3296	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,12	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
3297	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,03	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,31
3298	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,39
3299	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,12	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
3300	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,79	34,33	36,40	45,25	45,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,22
3301	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,39
3302	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,00	45,36	48,08	58,32	58,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,75
3303	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,80	3,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,85
3304	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,73	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,90
3305	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,65	6,10	6,64	9,13	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,62
3306	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,85	17,12	18,14	24,07	23,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,55
3307	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,38	27,41	29,05	36,82	36,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,05
3308	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,30	12,20	12,94	17,35	15,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3309	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2021-09-01	3 lata	46,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,14	45,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,54
3310	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2021-05-01	3 lata	46,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	50,76	54,82	58,11	69,35	69,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,81
3311	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	21,00	22,68	24,04	31,06	31,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,32
3312	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	2023-11-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,19	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,23
3313	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	2023-07-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3314	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	2023-03-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	19,92	23,85	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,89
3315	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	2023-07-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3316	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	2023-11-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,19	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,23
3317	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	2023-07-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3318	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,83	18,18	19,27	23,20	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,24
3319	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3320	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	2023-03-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	19,92	23,85	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,89
3321	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	2023-07-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,80	42,69	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,92
3322	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,75	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,90
3323	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3324	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,75	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,90

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3325	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3326	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,75	13,28	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,90
3327	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,25	26,56	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,69
3328	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	2024-04-01	2 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,74	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,78
3329	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	2024-04-01	2 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,74	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,78
3330	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	2024-04-01	2 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,74	14,23	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,78
3331	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50
3332	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3333	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50
3334	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3335	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	2024-01-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,16	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,20
3336	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,46	14,23	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,50
3337	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	2024-04-01	3 lata	48,0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,49	28,46	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,57
3338	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,98	20,50	21,73	24,36	8,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,05
3339	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,43	26,38	27,97	31,75	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3340	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2023-09-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	25,20	26,71	35,18	35,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,55
3341	Salbutamolom	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2024-04-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,10	8,75	9,29	12,30	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,89
3342	Salbutamolom	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	20,50	22,14	23,47	26,48	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,07
3343	Salbutamolom	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	34,43	37,18	39,42	44,57	21,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	28,68
3344	Salbutamolom	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	6,50	7,02	7,56	10,56	10,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3345	Salbutamolom	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	6,54	7,06	7,60	10,61	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3346	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	2023-09-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,36	58,16	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,40
3347	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardej, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	2021-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,90	116,32	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,98
3348	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,36	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,40
3349	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	68,05	73,49	77,90	90,89	87,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,45
3350	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	51,40	55,51	58,84	69,28	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,32
3351	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	58,00	62,64	66,40	76,84	58,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,88
3352	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2022-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	12,44	13,44	14,25	19,16	19,16	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,33



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3353	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	332,50	359,10	380,65	403,45	394,08	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,59
3354	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	332,50	359,10	380,65	403,45	394,08	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,59
3355	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	332,50	359,10	380,65	403,45	394,08	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,59
3356	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	220,00	237,60	251,86	271,38	271,38	Schizofrenia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3357	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	293,50	316,98	336,00	357,70	357,70	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3358	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	74,48	80,44	85,27	98,88	98,88	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3359	Sertraline	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,93	21,52	22,82	29,41	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,66
3360	Sertraline	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,62	10,39	11,02	15,07	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,19
3361	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,36	14,43	15,29	21,88	21,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,56
3362	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,68	7,21	7,75	11,80	11,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,54
3363	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991483807	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,45	13,45	14,26	20,64	20,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,19
3364	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	18,55	20,03	21,23	27,61	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,17
3365	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,28	10,02	10,63	14,50	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,28
3366	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,60	25,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,68
3367	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2022-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,38	9,05	9,59	13,64	13,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,09
3368	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,68	13,69	14,52	20,90	20,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,27
3369	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2021-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,58	14,67	15,54	22,13	22,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3370	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	38,04	41,08	43,55	54,96	54,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,49
3371	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,34	6,85	7,39	11,26	11,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,38
3372	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2021-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,79	7,33	7,87	11,92	11,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,58
3373	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,02	20,54	21,77	29,66	29,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,90
3374	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,10	15,23	16,15	22,53	22,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,76
3375	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,05	7,61	8,15	12,02	12,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,61
3376	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,90	18,25	19,34	25,93	25,93	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,78
3377	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,45	9,13	9,68	13,73	13,73	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,12
3378	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	18,90	20,41	21,63	28,22	28,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,47
3379	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,75	9,45	10,02	14,07	14,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,22
3380	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990994816	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	11,55	12,47	13,22	17,27	14,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,39
3381	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	22,40	24,19	25,64	32,02	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,58
3382	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,20	13,18	13,96	17,83	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3383	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	25,98	28,06	29,74	36,12	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,68
3384	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,98	15,10	16,01	19,88	13,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,66
3385	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2023-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	6,24	6,74	7,28	10,13	9,61	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	3,40
3386	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2023-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,48	13,48	14,29	19,21	19,21	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,76
3387	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	37,44	40,44	42,87	52,51	52,51	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	15,75
3388	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	14,66	17,51	9,61	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,78
3389	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	19,05	23,97	19,21	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,52
3390	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2023-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,92	53,91	57,15	66,79	57,63	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,45
3391	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,59	2,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,62

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3392	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,00	10,80	11,45	13,33	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3393	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,50	17,82	18,89	22,30	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,43
3394	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	6,59	8,37	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,70
3395	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt. (2 blist. po 14 szt.)	05909990649655	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,20	12,10	12,82	16,02	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,68
3396	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991019723	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,90	5,29	5,83	6,89	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3397	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991019945	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,30	20,84	22,10	25,30	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,96
3398	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,31	4,65	5,19	6,25	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,42
3399	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,10	8,75	9,29	11,07	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,40
3400	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,20	17,50	18,54	21,74	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,40
3401	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	4,00	5,06	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3402	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,40	6,91	7,45	9,23	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,00
3403	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,66	5,03	5,57	7,35	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,68
3404	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,32	10,07	10,67	13,87	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,53
3405	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,15	5,56	6,10	7,21	2,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,24
3406	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,30	11,12	11,79	13,67	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,74

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3407	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	19,76	20,95	24,36	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,49
3408	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990731565	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,80	1,94	2,48	4,26	4,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,28
3409	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990731671	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,60	3,89	4,43	7,63	7,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,29
3410	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	3,08	3,62	4,68	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,85
3411	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,07	4,40	4,94	6,72	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,05



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3412	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,35	4,70	5,24	7,12	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,19
3413	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,37	7,96	8,50	11,70	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,36
3414	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,54	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,14
3415	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,92	11,79	12,51	14,29	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,56
3416	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	23,35	26,55	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,29

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3417	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	5,62	6,68	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,85
3418	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,98	10,78	11,43	13,21	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,54
3419	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	21,52	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,18
3420	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,44	4,80	5,34	6,40	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,57
3421	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,36	10,11	10,71	12,49	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3422	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990055722	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,73	10,51	11,13	12,91	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: 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
3423	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,43	11,26	11,94	13,82	5,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,89
3424	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,58	18,99	20,12	23,53	11,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,66
3425	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,00	5,40	5,94	7,00	2,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,17
3426	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	13,22	5,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3427	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,50	21,06	22,32	25,52	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	18,18
3428	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	422,59	456,40	483,79	510,04	510,04	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epithelioidalnych 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 gumniastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3429	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunosupresyjne - sirolimus	845,20	912,82	967,58	1004,68	1004,68	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epithelioidalnych 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 gumniastych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3430	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990055920	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	64,50	69,66	73,84	80,57	29,23	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%	60,11
3431	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991480509	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,23	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,77
3432	Sitagliptinum	Juzina, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907594032880	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,00	35,64	37,78	44,51	29,23	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%	24,05
3433	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05995327182650	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,55	22,19	23,52	30,25	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3434	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05995327182667	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	41,10	44,39	47,06	56,91	56,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,07
3435	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,50	29,70	31,48	38,21	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,75
3436	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	03838989721466	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,40	14,47	15,34	19,50	14,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,27
3437	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,34	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,40
3438	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,50	35,10	37,21	43,94	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą; cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	23,48
3439	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,34	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,89
3440	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,31	11,13	11,80	15,96	14,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,16
3441	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,00	31,32	33,20	39,93	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą; cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,47
3442	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05903792662294	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,50	14,58	15,45	19,61	14,62	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą; cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	9,38
3443	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,00	29,16	30,91	37,64	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą; cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	17,18
3444	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991481131	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,34	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3445	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991473174	2023-01-01	2 lata	258.0, Dostne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,00	37,80	40,07	46,80	29,23	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%	26,34
3446	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991473105	2023-01-01	2 lata	258.0, Dostne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	17,50	18,90	20,03	24,19	14,62	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%	13,96
3447	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05905669739351	2024-04-01	2 lata	258.0, Dostne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,32	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,86
3448	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	2023-11-01	2 lata	258.0, Dostne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	28,93	31,24	33,12	39,85	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,39
3449	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	2024-04-01	2 lata	258.0, Dostne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,08	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,66
3450	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	2024-04-01	2 lata	258.0, Dostne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,08	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,66
3451	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	2024-04-01	2 lata	258.0, Dostne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,08	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3452	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	32,50	35,10	37,21	43,94	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą; cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	23,48
3453	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	35,00	37,80	40,07	46,80	29,23	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%	26,34
3454	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,40	33,91	35,94	42,67	29,23	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%	22,21
3455	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	64,50	69,66	73,84	80,57	29,23	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%	60,11
3456	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,00	35,64	37,78	44,75	31,32	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%	22,83
3457	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,46	31,32	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą; cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,54
3458	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,87	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą; cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3459	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	2023-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,87	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,41
3460	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,98	30,22	32,03	38,76	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,30
3461	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,98	30,22	32,03	38,76	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,30
3462	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	2023-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	37,50	40,50	42,93	49,90	31,32	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%	27,98
3463	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	53,78	58,08	61,57	68,54	31,32	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	41,96
3464	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,75	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
3465	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,75	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
3466	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,73	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,27
3467	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,73	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,27
3468	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,00	32,40	34,34	41,86	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	17,16
3469	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,00	16,20	17,17	21,99	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,64
3470	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,19	29,37	31,13	38,65	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,56



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3471	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,59	14,68	15,56	20,38	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,23
3472	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,98	25,90	27,45	34,97	34,97	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,49
3473	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,99	12,95	13,73	18,55	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,20
3474	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,50	19,98	21,18	28,70	28,70	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,61
3475	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	55,50	59,94	63,54	77,06	77,06	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	23,12
3476	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,25	9,99	10,59	15,41	15,41	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,62
3477	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,75	29,97	31,77	41,29	41,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,39
3478	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2023-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	27,77	35,29	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,59
3479	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,90	10,69	11,33	16,15	16,15	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,85
3480	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	27,77	35,29	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,59
3481	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2022-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,00	27,00	28,62	36,14	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	11,44
3482	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,50	26,46	28,05	35,57	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,87
3483	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,25	13,23	14,03	18,85	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3484	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,96	25,88	27,43	34,95	34,95	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,49
3485	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,98	12,94	13,72	18,54	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,19
3486	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,57	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,87
3487	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,85	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,50
3488	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,30	28,40	30,11	37,63	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,93
3489	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,44	14,52	15,39	20,21	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,86
3490	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,57	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,87
3491	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,85	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,50
3492	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	78,02	84,26	89,32	103,30	103,30	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,99
3493	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,20	29,38	31,14	38,66	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,96
3494	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	39,01	42,13	44,66	54,64	54,64	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,39
3495	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,60	14,69	15,57	20,39	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3496	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitoμπο, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	2024-04-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	27,79	30,01	31,82	39,94	39,94	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napęczenia pęcherza i w fazie opróżnienia pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	11,98
3497	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	15,45	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,03
3498	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,60	6,05	6,59	8,80	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,59
3499	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1.5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,95	15,07	15,97	21,24	20,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,91
3500	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	25,83	25,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,92
3501	Spirolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,10	16,31	17,29	22,96	22,96	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%	6,89
3502	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,00	15,12	16,03	20,98	20,02	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%	6,97
3503	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	6,50	7,02	7,56	9,42	6,01	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%	5,21
3504	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	25,40	27,43	29,07	36,74	36,74	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%	11,02

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3505	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,50	9,18	9,73	13,10	12,01	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%	4,69
3506	Spironolactonum	Spirohol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	17,20	18,58	19,69	24,64	20,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	9,57
3507	Spironolactonum	Spirohol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	5,18	6,54	4,00	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%	3,37
3508	Spironolactonum	Spirohol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,50	8,10	8,64	12,01	12,01	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%	3,24
3509	Spironolactonum	Spirohol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,00	16,20	17,17	22,84	22,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,16
3510	Spironolactonum	Spirohol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,20	9,94	10,53	14,76	14,76	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%	3,99
3511	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,50	15,66	16,60	22,27	22,27	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%	6,68
3512	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	5,18	6,54	4,00	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%	3,74
3513	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,20	8,86	9,40	12,77	12,01	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%	4,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3514	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521	2023-07-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	332,88	359,51	381,08	401,89	306,62	Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E)		30%	187,26
3515	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	715,50	747,56	738,69	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	12,07
3516	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	715,50	747,56	738,69	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	12,07
3517	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1431,00	1477,37	1477,37	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
3518	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1431,00	1477,37	1477,37	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
3519	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię płynne	15,50	16,74	17,74	23,53	23,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3520	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	16,51	21,99	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,00
3521	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,40	14,47	15,34	20,82	20,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,41
3522	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2>2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	13,45	14,53	15,40	20,88	20,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,44
3523	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	16,51	21,99	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,00
3524	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,26	8,92	9,46	15,25	15,25	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%	6,87
3525	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	7,88	8,51	9,05	10,84	5,50	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%	7,28
3526	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,03	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,34
3527	Sulfamethoxazolium + Trimethoprimium	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,03	21,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,34
3528	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	41,75	45,09	47,80	58,17	56,18	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wzrostające zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3529	Sulfasalazinum	Salazopiryn 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	41,75	45,09	47,80	58,17	56,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,84
3530	Sulfasalazinum	Salazopiryn EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,15	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,26
3531	Sulfasalazinum	Salazopiryn 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	21,00	22,68	24,04	31,15	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,49
3532	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,80	47,30	50,14	60,51	56,18	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,53
3533	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	43,80	47,30	50,14	60,51	56,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,18
3534	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,90	23,65	25,07	32,18	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,29
3535	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	21,90	23,65	25,07	32,18	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,52
3536	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,15	28,09	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,26
3537	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,15	28,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,49
3538	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,05	4,37	4,91	6,21	3,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3539	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,76	6,22	6,76	9,48	9,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	0,00
3540	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,10	3,35	3,89	4,71	1,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,81
3541	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,21	5,63	6,17	7,47	3,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	3,68
3542	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,65	10,42	11,05	13,77	9,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	4,29
3543	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	5,56	1,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	3,66
3544	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skontugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	2024-01-01	2 lata	255.0, Szczepionki przeciw pneumokokom	227,13	245,30	260,02	280,12	280,12	Profilaktyka osób powyżej 65 r.ż. ze zwiększonym (umiarkowanym do wysokiego) ryzykiem choroby pneumokokowej tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą wątroby, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, implantem ślimakowym, wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jądrową immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu łitego		50%	140,06



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3545	Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	Shingrix, proszek i zawieszina do sporządzania zawiesziny do wstrzykiwań, 50 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 0,5 ml zawiesziny	05909991364885	2024-01-01	2 lata	269.0, Szczepionki przeciw półpaścowi	628,00	678,24	718,93	751,06	751,06	Profilaktyka półpaśca i neuralgii półpaścowej u pacjentów w wieku 65 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpaśiec tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistym zapaleniem jelit, zeszytniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczniem układowym.		50%	375,53
3546	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawieszina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748	2023-11-01	2 lata	254.0, Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	226,00	244,08	258,72	278,78	278,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	139,39
3547	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	57,92	57,29	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydopomny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,83
3548	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,58	114,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydopomny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3549	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	282,54	305,14	323,45	344,67	343,74	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	4,13
3550	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	475,17	513,18	543,97	570,70	570,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3551	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	31,16	33,65	35,67	46,03	46,03	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3552	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	62,32	67,31	71,34	85,70	85,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3553	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	311,62	336,55	356,75	383,48	383,48	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3554	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	34,50	37,26	39,50	49,86	49,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3555	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	69,00	74,52	78,99	93,35	93,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3556	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	138,00	149,04	157,98	176,44	176,44	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3557	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	207,00	223,56	236,97	258,19	258,19	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3558	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	345,00	372,60	394,96	421,69	421,69	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3559	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	94,81	102,39	108,54	123,26	122,76	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,70
3560	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	128,91	139,22	147,57	164,08	163,69	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,59

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3561	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	405,95	438,43	464,73	489,49	489,49	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3562	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	534,29	577,03	611,66	640,36	640,36	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,66
3563	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	57,92	57,29	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,83
3564	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,58	114,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3565	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3>2023-03-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>9 miesięcy - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	475,17	513,18	543,97	570,70	570,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydooporny/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub oporności na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3566	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2023-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	49,50	53,46	56,67	64,67	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,86
3567	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2023-03-01	1 rok 8 miesięcy	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,70	70,96	75,21	83,54	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	56,95
3568	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,10	9,83	10,42	15,55	15,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3569	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	15,11	20,24	20,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3570	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,64	17,97	19,05	23,97	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,96
3571	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,97	53,97	57,21	66,85	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,82
3572	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. 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	66,65	71,98	76,30	87,37	76,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	23,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3573	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	23,99	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,18
3574	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,99	53,99	57,23	66,87	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,96
3575	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	17,00	18,36	19,46	24,38	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,37
3576	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	51,00	55,08	58,38	68,02	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,99
3577	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	16,33	17,64	18,69	23,61	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,60
3578	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	49,00	52,92	56,10	65,74	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,71
3579	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991496791	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,90	10,69	11,33	16,25	16,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3580	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,97	10,77	11,42	16,34	16,34	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3581	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	16,20	17,50	18,54	23,46	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3582	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991496807	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,70	32,08	34,00	43,64	43,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3583	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,91	32,30	34,24	43,88	43,88	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3584	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	48,60	52,49	55,64	65,28	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,25
3585	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	16,50	17,82	18,89	23,81	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3586	Tamsulosini hydrochloridum	Prostammic, 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	16,70	18,04	19,12	24,04	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,03
3587	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	16,66	17,99	19,07	23,99	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3588	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	49,50	53,46	56,67	66,31	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,28
3589	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	16,50	17,82	18,89	23,81	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3590	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321	2022-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,00	38,88	41,21	50,85	50,85	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3591	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,10	10,91	11,57	16,49	16,49	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3592	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	16,96	18,32	19,42	24,34	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,33
3593	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,14	14,19	15,04	19,96	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,95
3594	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	26,26	28,36	30,07	37,71	37,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3595	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417	2022-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	39,40	42,55	45,10	54,74	54,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3596	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedl. 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	9,98	10,78	11,43	16,35	16,35	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3597	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	17,40	18,79	19,92	24,84	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,83
3598	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	11,38	12,29	13,02	17,94	17,94	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3599	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,50	10,26	10,88	15,80	15,80	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	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3600	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,50	30,78	32,63	42,27	42,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3601	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	16,75	18,09	19,18	24,10	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,09
3602	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	16,58	17,91	18,98	23,90	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,89
3603	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	16,65	17,98	19,06	23,98	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,97
3604	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	33,30	35,96	38,12	45,76	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,74
3605	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	57,19	66,83	57,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,80
3606	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. 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	16,65	17,98	19,06	23,98	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,97
3607	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,30	35,96	38,12	45,76	38,42	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,74
3608	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081	2023-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,95	53,95	57,19	66,83	57,63	Przerost gruczołu krokowego		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3609	Tamsulosini hydrochloridum	Urostad 0,4 mg kapsulka 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	9,98	10,78	11,43	16,35	16,35	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3610	Tamsulosinum	Omnice 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	17,41	18,80	19,93	24,85	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,84
3611	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powł. 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	17,70	19,12	20,26	25,18	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,17
3612	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	176,76	190,90	202,36	220,65	206,07	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	14,58
3613	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	265,14	286,35	303,53	324,49	309,10	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	15,39
3614	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	339,36	366,51	388,50	412,13	412,13	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
3615	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	401,54	433,66	459,68	485,98	485,98	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3616	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2021-07-01	3 lata	153.5. Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	88,17	95,22	100,94	115,15	103,03	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	12,12
3617	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,68	20,17	21,38	26,74	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,76
3618	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,36	40,35	42,77	50,93	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	20,97
3619	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,25	9,99	10,59	13,75	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,26
3620	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,88	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,90
3621	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,63	26,60	28,20	33,56	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,58
3622	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	14,00	17,16	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,67
3623	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,36	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,38
3624	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,75	8,37	8,91	12,07	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,58
3625	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,00	16,20	17,17	22,53	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3626	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	8,64	11,80	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,31
3627	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,19	16,41	17,39	22,75	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,77
3628	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,58	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,09
3629	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2021-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,93	15,04	15,95	21,31	21,31	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%	6,39
3630	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,40	16,63	17,63	22,99	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,01
3631	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,20	19,66	20,83	26,19	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,21
3632	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,47	9,15	9,70	12,86	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,37
3633	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,94	18,30	19,40	24,76	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,78
3634	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,60	8,21	8,75	11,91	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,42
3635	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	16,31	17,29	22,65	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,67
3636	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,99	11,87	12,58	15,74	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3637	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,98	23,74	25,16	30,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,54
3638	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,98	12,94	13,72	16,88	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,39
3639	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,96	25,88	27,43	32,79	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,81
3640	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,97	7,53	8,07	11,23	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,74
3641	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,98	7,54	8,08	11,24	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,75
3642	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,97
3643	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,40
3644	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,40
3645	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	20,49	25,85	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,87
3646	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,40
3647	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3648	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	25,97	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,99
3649	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	40,11	40,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
3650	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,92	30,15	31,97	40,13	40,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,04
3651	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,80	38,66	40,99	49,15	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,19
3652	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,61	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,12
3653	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,30	25,16	26,68	32,04	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,06
3654	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	38,79	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,32
3655	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,98	14,02	14,86	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3656	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,26	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,28
3657	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,85	14,96	15,85	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,45
3658	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,96	28,04	29,72	37,88	37,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3659	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,60	50,33	53,35	61,51	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	31,55
3660	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,94	42,06	44,58	54,74	54,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,42
3661	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,60	60,05	63,66	73,82	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	28,88
3662	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,95	9,67	10,25	13,41	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,92
3663	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	15,11	16,02	21,38	21,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - 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
3664	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	20,49	25,85	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,87
3665	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2021-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,98	30,22	32,03	40,19	40,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,06
3666	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,77	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,28
3667	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,59	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,61
3668	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,16	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,20
3669	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,16	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3670	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,30	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,49
3671	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,30	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,49
3672	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	10,24	13,40	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,91
3673	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	10,24	13,40	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,91
3674	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,65	16,90	17,92	23,28	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,30
3675	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,48	25,36	26,88	33,84	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,37
3676	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	20,47	25,83	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,85
3677	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	43,99	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,03
3678	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	63,91	63,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,17
3679	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	20,47	25,83	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,85
3680	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	43,99	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3681	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	63,91	63,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,17
3682	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	25,64	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3683	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	25,64	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3684	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3685	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3686	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,03	31,35	33,23	38,59	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,61
3687	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,70	32,08	34,00	39,36	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,38
3688	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	13,14	16,30	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,81
3689	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	31,65	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,67
3690	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	31,65	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,67
3691	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,24	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3692	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,51	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,53
3693	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,51	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,53
3694	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,10	11,99	12,71	15,87	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,38
3695	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	25,64	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3696	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,40	24,19	25,64	31,00	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,02
3697	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,65	10,42	11,05	14,21	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,72
3698	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,46	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,48
3699	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,46	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,48
3700	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizex HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	14,31	17,47	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,98
3701	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizex HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,00	27,00	28,62	33,98	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,00
3702	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizex HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,00	27,00	28,62	33,98	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3703	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,55	11,39	12,07	15,23	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,74
3704	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54
3705	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54
3706	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,20	45,58	48,31	56,47	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,51
3707	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,52	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,54
3708	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,20	45,58	48,31	56,47	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,51
3709	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,00	11,88	12,59	15,75	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,26
3710	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	25,19	30,55	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,57
3711	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,41	38,24	40,53	47,49	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	25,02
3712	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	25,19	30,55	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,57
3713	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,00	47,52	50,37	58,53	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3714	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,81	76,47	81,06	91,22	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,28
3715	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	25,19	30,55	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,57
3716	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,00	47,52	50,37	58,53	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,57
3717	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,81	76,47	81,06	91,22	64,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	46,28
3718	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,97	8,61	9,15	12,31	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,82
3719	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,63
3720	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,63
3721	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,66	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,70
3722	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,61	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,63
3723	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2021-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,66	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,70
3724	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	16,04	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3725	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,48	17,80	18,87	24,23	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,25
3726	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3727	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	45,90	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,94
3728	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,12	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,14
3729	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	45,90	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,94
3730	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,47	23,19	24,58	30,23	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,18
3731	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	49,50	53,46	56,67	64,02	35,86	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	34,13
3732	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	49,50	53,46	56,67	64,02	35,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	38,92
3733	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	9,81	10,59	11,23	13,45	7,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
3734	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	9,81	10,59	11,23	13,45	7,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3735	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	24,50	26,46	28,05	32,73	17,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,00
3736	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	24,50	26,46	28,05	32,73	17,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,18
3737	Terazosinum	Komam, 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	16,50	17,82	18,89	21,24	7,68	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,76
3738	Terazosinum	Komam, 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	16,50	17,82	18,89	21,24	7,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,86
3739	Terazosinum	Komam, 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	29,45	31,81	33,72	38,64	19,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,63
3740	Terazosinum	Komam, 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	29,45	31,81	33,72	38,64	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,19
3741	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	18,40	19,87	21,06	27,39	24,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,10
3742	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,80	39,74	42,13	51,46	49,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,88
3743	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2024-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	15,50	16,74	17,74	24,07	24,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,04
3744	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	34,80	37,58	39,84	49,17	49,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3745	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2022-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,00	38,88	41,21	50,54	49,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,96
3746	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	24,71	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,94
3747	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	8,64	10,45	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,26
3748	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	18,73	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,56
3749	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,69	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,31
3750	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,88	35,51	37,64	42,12	16,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,97
3751	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,69	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,31
3752	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,88	35,51	37,64	42,12	16,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,97
3753	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,04	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,27
3754	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,66	70,91	75,17	82,28	33,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	67,97
3755	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,04	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,27



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3756	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,66	70,91	75,17	82,28	33,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	67,97
3757	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,69	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,31
3758	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,04	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,27
3759	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,69	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,31
3760	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,04	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,27
3761	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,04	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,27
3762	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,05	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	47,51
3763	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,04	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	24,27
3764	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,05	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	47,51
3765	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	22,89	26,17	11,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,40
3766	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44,0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	14,08	15,89	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3767	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2023-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	358,00	386,64	409,84	434,06	434,06	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3768	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,78	6,24	6,78	9,28	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,11
3769	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,65	6,10	6,64	8,71	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,21
3770	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	7,40	7,99	8,53	11,47	10,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
3771	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,75	11,61	12,31	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3772	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,68	25,68	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3773	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6.5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,68	25,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,70
3774	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	150,00	162,00	171,72	189,39	189,39	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	3,20
3775	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	228,00	246,24	261,01	281,04	281,04	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	3,20
3776	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	72,00	77,76	82,43	96,07	94,69	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	4,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3777	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016	2021-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	14,23	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,95
3778	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991267131	2022-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,95	11,83	12,54	15,89	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,61
3779	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,44	16,68	17,68	21,03	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,75
3780	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245	2022-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,96	16,16	17,13	20,48	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,20
3781	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,49	40,49	42,92	50,13	31,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,29
3782	Ticlopidini hydrochloridum	Aclothin, tabl. powł., 0,25 g	20 szt.	05909990667116	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplytkowe - tyklopidyna	8,42	9,09	9,64	13,29	11,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,93
3783	Ticlopidini hydrochloridum	Aclothin, tabl. powł., 0,25 g	60 szt.	05909990334971	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplytkowe - tyklopidyna	24,70	26,68	28,27	35,86	35,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,76
3784	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	3,99	4,31	4,85	6,54	5,51	Jaskra		30%	2,68
3785	Timololum	Ofensin, 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	3,04	3,28	3,82	5,51	5,51	Jaskra		30%	1,65
3786	Timololum	Ofensin, 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	3,04	3,28	3,82	5,51	5,51	Jaskra		30%	1,65
3787	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-11-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	372,00	401,76	425,87	450,53	450,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3788	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	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1 < 50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3789	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	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3790	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	95,44	95,44	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1 < 50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3791	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	95,44	95,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3792	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,33	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,23
3793	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,33	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	43,32
3794	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,33	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,23
3795	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	116,33	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	43,32
3796	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	95,00	102,60	108,76	122,63	104,30	Przewlekła obturacyjna choroba płuc - leczenie podtrzymujące		30%	49,62
3797	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	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3798	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	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3799	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	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3800	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	78,99	85,31	90,43	104,30	104,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,29
3801	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	40,55	43,79	46,42	55,01	45,17	Stwardnienie rozsiane		30%	23,39
3802	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2022-05-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	20,33	21,96	23,27	30,11	30,11	Stwardnienie rozsiane		30%	9,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3803	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2022-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,75	11,61	12,31	14,93	8,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,17
3804	Tolterodini tartras	Defür, 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	17,05	18,41	19,52	24,11	16,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,58
3805	Tolterodini tartras	Defür, 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	56,00	60,48	64,11	73,63	52,94	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	36,57
3806	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	10,74	11,60	12,29	14,91	8,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,15
3807	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	21,48	23,20	24,59	29,18	16,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	17,65
3808	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	17,36	18,75	19,87	24,46	16,47	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,93
3809	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,55	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,20
3810	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,55	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,20
3811	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	34,46	37,22	39,45	46,97	35,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	22,27
3812	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	17,24	18,62	19,73	24,55	17,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,20
3813	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990649594	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	25,88	27,95	29,62	37,31	34,47	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,04
3814	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990649617	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	51,76	55,90	59,26	70,39	68,94	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3815	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990649556	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,46	6,98	7,52	10,40	8,62	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,98
3816	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990649570	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	12,94	13,98	14,82	19,78	17,24	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,74
3817	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	27,55	29,75	31,54	39,23	34,47	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,96
3818	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,40	58,75	62,27	73,40	68,94	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,66
3819	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,80	7,34	7,88	10,76	8,62	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,34
3820	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,60	14,69	15,57	20,53	17,24	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,49
3821	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	52,00	56,16	59,53	71,07	71,07	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3822	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	15,00	16,20	17,17	22,39	18,47	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,12
3823	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,00	30,24	32,05	40,05	36,93	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,32
3824	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	26,80	28,94	30,68	38,37	34,47	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,10
3825	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	50,50	54,54	57,81	68,94	68,94	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3826	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	10,36	11,19	11,86	14,74	8,62	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	9,32
3827	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,40	14,47	15,34	20,30	17,24	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,26
3828	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	26,60	28,73	30,46	38,46	36,93	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,73
3829	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	53,20	57,46	60,90	72,44	72,44	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3830	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,65	7,18	7,72	10,78	9,23	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,75
3831	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,30	14,36	15,23	20,45	18,47	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,18
3832	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,83	8,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,71
3833	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,83	8,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,50
3834	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,32	78,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,17
3835	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,32	78,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,03
3836	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,50	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3837	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,50	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,97
3838	Tramadolii 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	5,43	5,86	6,40	8,52	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,10
3839	Tramadolii 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	5,43	5,86	6,40	8,52	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,21
3840	Tramadolii 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	16,36	17,67	18,73	23,87	18,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,62
3841	Tramadolii 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	16,36	17,67	18,73	23,87	18,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,94
3842	Tramadolii 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	26,95	29,11	30,86	38,00	31,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,92
3843	Tramadolii 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	26,95	29,11	30,86	38,00	31,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,45
3844	Tramadolii 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	8,15	8,80	9,34	12,34	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,72
3845	Tramadolii 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	8,15	8,80	9,34	12,34	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,88
3846	Tramadolii 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	25,98	28,06	29,74	36,50	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,63
3847	Tramadolii 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	25,98	28,06	29,74	36,50	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,11



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3848	Tramadolii 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	40,70	43,96	46,59	55,63	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,51
3849	Tramadolii 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	40,70	43,96	46,59	55,63	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,31
3850	Tramadolii 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	10,87	11,74	12,44	16,32	12,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,49
3851	Tramadolii 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	10,87	11,74	12,44	16,32	12,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,70
3852	Tramadolii 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	32,40	34,99	37,09	44,99	37,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,49
3853	Tramadolii 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	32,40	34,99	37,09	44,99	37,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,13
3854	Tramadolii 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	54,33	58,68	62,20	72,60	63,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,43
3855	Tramadolii 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	54,33	58,68	62,20	72,60	63,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,50
3856	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2023-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	5,53	7,65	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,23
3857	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2023-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,62	4,99	5,53	7,65	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,34
3858	Tramadolii 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	4,80	5,18	5,72	7,84	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3859	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	4,80	5,18	5,72	7,84	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,53
3860	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	8,50	9,18	9,73	12,50	8,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,79
3861	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	8,50	9,18	9,73	12,50	8,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,34
3862	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	6,70	7,24	7,78	9,90	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,48
3863	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	6,70	7,24	7,78	9,90	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,59
3864	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	5,80	6,26	6,80	9,57	8,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3865	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	5,80	6,26	6,80	9,57	8,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,41
3866	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	57,92	62,55	66,31	78,29	78,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,49
3867	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	57,92	62,55	66,31	78,29	78,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3868	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	5,20	5,62	6,16	8,28	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3869	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	5,20	5,62	6,16	8,28	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3870	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	5,80	6,26	6,80	9,15	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,67
3871	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	5,80	6,26	6,80	9,15	7,83	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,32
3872	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	10,00	10,80	11,45	15,66	15,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,70
3873	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	10,00	10,80	11,45	15,66	15,66	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3874	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	4,95	5,35	5,89	8,01	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,59
3875	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	4,95	5,35	5,89	8,01	6,31	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,70
3876	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	15,40	16,63	17,63	22,77	18,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,52
3877	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	15,40	16,63	17,63	22,77	18,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,84
3878	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	25,67	27,72	29,39	36,53	31,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,45
3879	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	25,67	27,72	29,39	36,53	31,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,98
3880	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	7,42	8,01	8,55	11,55	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3881	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	7,42	8,01	8,55	11,55	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,09
3882	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,78	22,44	23,79	30,55	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,68
3883	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	2022-11-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,78	22,44	23,79	30,55	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,16
3884	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	23,10	24,95	26,45	33,21	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,34
3885	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	23,10	24,95	26,45	33,21	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,82
3886	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,64	37,41	39,66	48,70	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,58
3887	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	2022-11-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,64	37,41	39,66	48,70	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38
3888	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	38,50	41,58	44,07	53,11	47,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,99
3889	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	38,50	41,58	44,07	53,11	47,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,79
3890	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	9,94	10,74	11,38	15,26	12,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,43
3891	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	9,94	10,74	11,38	15,26	12,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3892	Tramadolii 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	30,80	33,26	35,26	43,16	37,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,66
3893	Tramadolii 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	30,80	33,26	35,26	43,16	37,86	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,30
3894	Tramadolii 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	51,33	55,44	58,76	69,16	63,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,99
3895	Tramadolii 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	51,33	55,44	58,76	69,16	63,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,06
3896	Tramadolii 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	5,00	5,40	5,94	7,17	3,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,97
3897	Tramadolii 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	5,00	5,40	5,94	7,17	3,15	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,02
3898	Tramadolii 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	7,70	8,32	8,86	11,86	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,24
3899	Tramadolii 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	7,70	8,32	8,86	11,86	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,40
3900	Tramadolii 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	12,83	13,86	14,69	19,20	15,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,16
3901	Tramadolii 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	12,83	13,86	14,69	19,20	15,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,43
3902	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 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	9,99	10,79	11,44	15,63	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3903	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 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	9,99	10,79	11,44	15,63	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
3904	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 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	14,90	16,09	17,05	22,67	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,76
3905	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 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	14,90	16,09	17,05	22,67	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3906	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2021-07-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	21,58	22,87	29,63	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,76
3907	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2021-07-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	21,58	22,87	29,63	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,24
3908	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2021-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,59	42,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,78
3909	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2021-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,59	42,59	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3910	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	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	4,98	5,38	5,92	8,26	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,29
3911	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	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	4,98	5,38	5,92	8,26	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
3912	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,53	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3913	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,53	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3914	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,64	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,73
3915	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,64	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,34
3916	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 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	4,96	5,36	5,90	8,24	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,27
3917	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 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	4,96	5,36	5,90	8,24	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,14
3918	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 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	9,93	10,72	11,37	15,56	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
3919	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 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	9,93	10,72	11,37	15,56	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,36
3920	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 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	14,90	16,09	17,05	22,67	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,76
3921	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 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	14,90	16,09	17,05	22,67	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3922	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2022-03-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,36	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,42
3923	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2022-03-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,36	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
3924	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,09	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,22

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3925	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,09	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,70
3926	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	41,97	41,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,59
3927	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	41,97	41,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3928	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,81	4,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,25
3929	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,81	4,73	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,97
3930	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,33	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,02
3931	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,33	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,11
3932	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,76	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,24
3933	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,76	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,40
3934	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	22,96	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,25
3935	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	22,96	21,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,49



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3936	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,22	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,25
3937	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	2022-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,94	5,34	5,88	8,22	7,10	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,12
3938	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,50	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,56
3939	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	2022-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,88	10,67	11,31	15,50	14,20	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,30
3940	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,38	21,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,47
3941	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg. tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	2022-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,64	15,81	16,76	22,38	21,30	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,08
3942	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,00	23,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,44
3943	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,00	23,66	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,34
3944	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,33	7,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,36
3945	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,33	7,10	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23
3946	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar. tabl. powł., 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	10,10	10,91	11,57	15,76	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3947	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 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	10,10	10,91	11,57	15,76	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,56
3948	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,68	9,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,65
3949	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,68	9,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,10
3950	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,55	14,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,05
3951	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,55	14,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22
3952	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,48	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,65
3953	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,48	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,98
3954	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,55	42,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,49
3955	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3. Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,55	42,55	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3956	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	27,30	29,48	31,26	38,76	31,65	Jaskra		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 obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3957	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	25,28	27,30	28,94	36,44	31,65	Jaskra		ryczałt	7,99
3958	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	25,28	27,30	28,94	36,44	31,65	Jaskra		ryczałt	7,99
3959	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	75,84	81,91	86,82	100,32	94,94	Jaskra		ryczałt	13,38
3960	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	33,16	35,81	37,96	45,46	31,65	Jaskra		ryczałt	17,01
3961	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,27	31,65	Jaskra		ryczałt	10,82
3962	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,25	89,91	95,31	108,81	94,94	Jaskra		ryczałt	21,87
3963	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	111,00	119,88	127,07	141,95	126,59	Jaskra		ryczałt	26,03
3964	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	22,00	23,76	25,19	32,69	31,65	Jaskra		ryczałt	4,24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3965	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	2023-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,27	31,65	Jaskra		ryczałt	10,82
3966	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,55	20,03	21,23	24,58	10,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,30
3967	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,30	54,32	57,59	64,80	31,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	42,96
3968	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,13	15,26	16,18	18,78	7,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,32
3969	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	26,80	28,94	30,68	35,25	15,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	24,33
3970	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	54,82	58,11	65,32	31,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	43,48
3971	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	14,48	15,64	16,58	22,08	22,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,62
3972	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 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	518,00	559,44	593,01	619,99	565,55	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	64,04
3973	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 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	249,00	268,92	285,06	302,34	175,95	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	129,59
3974	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2021-07-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	135,65	146,50	155,29	172,40	172,40	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
3975	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	7,20	7,78	8,32	12,76	12,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3976	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	10,80	11,66	12,37	16,81	16,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3977	Umeclidinii bromidum + Vilanterolium	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2024-04-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	126,86	137,01	145,23	160,53	134,31	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	66,51
3978	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	55,00	59,40	62,96	75,66	75,66	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
3979	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antymien powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2023-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	37,60	40,61	43,05	52,75	52,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3980	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	116.2, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir do stosowania doustnego - płynne postaci farmaceutyczne	660,00	712,80	755,57	788,43	788,43	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszowych - 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; 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
3981	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postaci do stosowania doustnego	400,00	432,00	457,92	483,46	483,46	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepem narządów mięszowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepem 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
3982	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991345815	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,89	17,89	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%	5,37
3983	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991345785	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,61	9,61	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%	2,88
3984	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,77	21,40	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%	11,79
3985	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,15	10,70	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%	6,66
3986	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,20	19,66	20,83	26,19	21,40	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%	11,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3987	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,58	10,70	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%	6,09
3988	Valsartanum	Diovan, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990929214	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,61	26,58	28,18	33,54	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,56
3989	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,34	21,40	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%	12,36
3990	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,90	32,29	34,23	42,39	42,39	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%	12,72
3991	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,23	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,27
3992	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,15	10,70	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%	6,66
3993	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,55	15,71	16,65	22,01	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,03
3994	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	19,86	25,22	21,40	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%	10,24
3995	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,46	10,70	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%	5,97
3996	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	21,73	27,09	21,40	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%	12,11
3997	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,67	43,92	46,56	55,07	45,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3998	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	59,28	64,02	67,87	78,38	68,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	30,23
3999	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991460914	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,90	23,65	25,07	33,23	33,23	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%	9,97
4000	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	43,46	51,62	42,80	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%	21,66
4001	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	30 szt.	05909991483036	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,44	25,32	26,84	35,35	35,35	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%	10,61
4002	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist. po 7 szt.)	05909990074945	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,49	10,25	10,86	14,02	10,70	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%	6,53
4003	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,34	21,97	23,28	28,93	22,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,88
4004	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,64	32,01	33,93	41,15	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,08
4005	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,89	17,89	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%	5,37
4006	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,61	9,61	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%	2,88
4007	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990804580	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,18	18,18	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%	5,45
4008	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990804542	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	9,75	9,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,93



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4009	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,00	18,36	19,46	24,82	21,40	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%	8,86
4010	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2022-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,50	9,18	9,73	12,89	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,86
4011	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,34	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,12
4012	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,15	10,70	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%	5,99
4013	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,45
4014	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,45
4015	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	9,75	9,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,93
4016	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,34	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,36
4017	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,70	15,88	16,83	22,19	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,21
4018	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,46	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,48
4019	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,03	9,75	10,34	13,50	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4020	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,25	20,79	22,04	27,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,42
4021	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2021-11-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,71	31,01	32,86	41,02	41,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,31
4022	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,25	20,79	22,04	27,40	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,42
4023	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,79	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,83
4024	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,23	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,27
4025	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,23	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,27
4026	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2022-03-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,63	10,40	11,03	14,19	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,70
4027	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,68	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,70
4028	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	21,73	27,09	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,11
4029	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,43	38,26	40,56	48,72	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,76
4030	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,00	66,96	70,98	81,94	74,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4031	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,98	20,50	21,73	27,09	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,11
4032	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,43	38,26	40,56	48,72	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,76
4033	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,00	66,96	70,98	81,94	74,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,51
4034	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	43,46	51,62	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,66
4035	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2022-05-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,96	41,00	43,46	51,62	42,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,66
4036	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	9,57	10,14	13,30	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,81
4037	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,71	19,13	20,27	25,63	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,65
4038	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2022-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,00	33,48	35,49	43,05	37,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,84
4039	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	19,86	25,22	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,24
4040	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,35	18,74	19,86	25,22	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,24
4041	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,18	18,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4042	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,30	12,20	12,94	18,30	18,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,49
4043	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,20	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,24
4044	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,20	21,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,24
4045	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	14,04	10,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,57
4046	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01-<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	43,10	43,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,93
4047	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,27	17,57	18,63	27,78	27,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,33
4048	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01-<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	32,25	32,25	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,68
4049	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01-<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	32,27	32,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,68
4050	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990047901	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01-<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,07	8,72	9,26	12,77	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4051	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,00	16,20	17,17	23,03	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,74
4052	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2022-03-01 - dla kolumny 14, <1>2022-03-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	11,51	17,69	17,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,31
4053	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	17,75	17,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,33
4054	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,67	34,20	36,26	45,41	45,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,62
4055	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,75	35,37	37,50	46,26	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,68
4056	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,61	9,30	9,86	13,37	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,73
4057	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,75	18,09	19,18	25,04	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,75
4058	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	36,06	44,82	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4059	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,20	18,58	19,69	25,55	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,26
4060	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,00	33,48	35,49	44,25	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,67
4061	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,80	7,34	7,88	11,39	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,75
4062	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,50	16,74	17,74	23,60	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,31
4063	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,80	27,86	29,54	38,30	38,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,49
4064	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,45	6,97	7,51	11,02	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,38
4065	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,90	13,93	14,76	20,62	20,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,19
4066	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,50	36,18	38,35	47,11	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4067	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990691760	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,38	9,05	9,59	13,10	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,46
4068	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,39	17,70	18,76	24,62	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,33
4069	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,56	31,92	33,84	42,60	42,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,78
4070	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991377502	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,39	7,98	8,52	12,03	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,39
4071	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,78	15,96	16,92	22,78	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,49
4072	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	32,80	32,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,84
4073	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	72,00	77,76	82,43	98,09	98,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	29,43
4074	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,78	24,60	26,08	36,84	36,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4075	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990795802	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,00	6,48	7,02	10,53	10,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,16
4076	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	05909990795819	2022-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,50	22,14	23,47	31,55	31,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,47
4077	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,00	12,96	13,74	19,60	19,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,88
4078	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,50	42,66	45,22	56,88	56,88	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,06
4079	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,08	38,97	41,30	50,06	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	19,48
4080	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990727490	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,99	9,71	10,29	13,80	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,16
4081	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,03	19,47	20,64	26,50	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,21
4082	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,48	22,12	23,45	32,21	32,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,66



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4083	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	5,85	6,32	6,86	10,37	10,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,11
4084	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2022-05-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,88	12,83	13,60	19,46	19,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,84
4085	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,52	34,04	36,08	44,84	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,26
4086	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,88	8,51	9,05	12,56	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,92
4087	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,76	17,02	18,05	23,91	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,62
4088	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	31,86	31,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,56
4089	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	11,51	17,37	17,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,21
4090	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,20	34,78	36,86	45,62	43,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4091	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01-<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,00	8,64	9,18	12,69	10,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,05
4092	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2022-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01-<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,00	17,28	18,32	24,18	21,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,89
4093	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419	2024-04-01	3 lata	42,0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	5,20	5,62	6,16	8,67	8,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
4094	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211	2024-04-01	3 lata	42,0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	2,13	2,30	2,84	3,91	2,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,52
4095	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310	2024-04-01	3 lata	42,0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkiloaminy - werapamil	3,80	4,10	4,64	6,43	5,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,47
4096	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162,2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	235,94	235,94	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4097	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 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	189,57	204,74	217,02	235,94	235,94	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4098	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 14, 2021-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162,1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	155,96	155,96	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4099	Vigabatrinum	Sabril, granulaty 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	121,97	131,73	139,63	155,96	155,96	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4100	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	2023-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciw cukrzycoowe - inhibitory DPP-4	30,00	32,40	34,34	41,07	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,61

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4101	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	28 szt.	07613421058876	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	55,53	59,97	63,57	67,73	14,62	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%	57,50
4102	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	56 szt.	07613421058883	2022-09-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	111,10	119,99	127,19	133,92	29,23	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%	113,46
4103	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991492724	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	15,00	16,20	17,17	21,33	14,62	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%	11,10
4104	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991492731	2023-03-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,00	32,40	34,34	41,07	29,23	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą; cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c > 7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,61
4105	Vildagliptinum	Glypviso, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,29	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,37
4106	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,20	11,02	11,67	15,83	14,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,60
4107	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,32	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,86
4108	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,00	10,80	11,45	15,61	14,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,38
4109	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,00	21,60	22,90	29,63	29,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,17
4110	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,71	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79
4111	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,71	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4112	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991496999	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,47	24,27	25,73	32,70	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,78
4113	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991496975	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,47	24,27	25,73	32,70	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,78
4114	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	2023-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,29	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,37
4115	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	2023-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,29	31,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,37
4116	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - worykonazol	125,73	135,79	143,93	159,58	138,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	22,28
4117	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - worykonazol	165,00	178,20	188,89	207,03	207,03	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
4118	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05702150155153	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	139,50	150,66	159,70	177,04	177,04	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	53,11
4119	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05702150155146	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	69,75	75,33	79,86	93,20	88,52	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	31,24
4120	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	13,40	14,47	15,34	18,77	12,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,91
4121	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	21,60	23,33	24,73	29,75	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,64
4122	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061	2023-09-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	490,00	529,20	560,95	589,33	581,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	25,08

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4123	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	2022-11-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	980,00	1058,40	1121,90	1162,09	1162,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,60
4124	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2022-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	171,00	184,68	195,76	214,09	214,09	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
4125	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopendityksol do podawania pozajelitowego	13,50	14,58	15,45	20,23	15,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,87
4126	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopendityksol do podawania pozajelitowego	120,00	129,60	137,38	153,60	153,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4127	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopendityksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,00	27,00	28,62	34,55	22,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	12,26
4128	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopendityksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,00	43,20	45,79	55,72	55,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Dieta	Infatrini, płyn	3000 ml (24 x 125 ml)	8716900565021	2023-09-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	135,00	141,75	150,26	163,93	103,17	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	63,96
2	Dieta	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2022-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	30,90	32,45	34,39	42,90	42,90	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,87
3	Dieta	Infatrini Powder, proszek	400 g	4008976681786	2023-11-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	51,80	54,39	57,66	68,78	68,78	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	3,20
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek	400 g	5900852033957	2024-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,24	38,05	40,33	46,86	25,89	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	28,74
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2024-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	39,02	40,97	43,43	53,12	53,12	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	15,94
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Blemil plus Elemental, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8426594103521	2023-05-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	84,95	89,20	94,55	108,57	107,27	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	4,50
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Humana SL, proszek	650 g	4031244002327	2021-11-01	3 lata	217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia	20,89	21,93	23,25	30,09	30,09	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	9,03
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2022-11-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,00	108,15	114,64	129,72	129,72	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
9	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	108,99	115,53	130,61	129,72	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	4,09
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate 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	108,99	115,53	130,61	129,72	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	4,09
11	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	131,78	139,68	156,01	156,01	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Syneo, proszek	400 g	5016533654677	2023-05-01	2 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	128,00	134,40	142,46	158,52	150,00	Postępowanie dietetyczne w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych u pacjentów do ukończenia 18 roku życia		ryczałt	11,72
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2022-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	44,50	46,73	49,53	56,35	28,30	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	36,54
14	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	47,00	49,35	52,31	62,29	56,69	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	22,61
15	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	36,80	38,64	40,96	50,94	50,94	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	15,28
16	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	86,00	90,30	95,72	109,86	109,86	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	3,20
17	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen Puramino Junior, proszek	400 g	8712045037201	2023-05-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	100,92	105,97	112,33	127,60	127,60	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
18	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2022-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcz i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	464,60	487,83	517,10	544,27	544,27	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
19	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	971,25	1029,53	1067,87	1067,87	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
20	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	971,25	1029,53	1067,87	1067,87	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
21	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	925,00	971,25	1029,53	1067,87	1067,87	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
22	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021323	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,65	532,72	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,13
23	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698021309	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,43	1065,43	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
24	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021286	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,65	532,72	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,13
25	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698015476	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,43	1065,43	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Yellow Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698024331	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,43	1065,43	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
27	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2022-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	278,83	292,77	310,34	331,82	331,82	Fenylketonuria		ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
28	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2021-05-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	112,00	117,60	124,66	140,24	140,24	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2022-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	312,40	328,02	347,70	370,21	370,21	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2022-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	334,60	351,33	372,41	395,60	395,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2022-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	390,36	409,88	434,47	459,37	459,37	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
32	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	249,85	262,34	278,08	298,68	298,68	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	249,85	262,34	278,08	298,68	298,68	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3, tabl. powł.	600 szt. (60 x 10 szt.)	4008976340331	2022-01-01	3 lata	216.6, Diety eliminacyjne w fenylketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych - przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	455,00	477,75	506,42	533,30	533,30	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2022-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	396,90	416,75	441,75	466,85	466,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
36	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	362,00	380,10	402,91	426,94	426,94	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2022-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	124,21	130,42	138,24	154,50	154,50	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2022-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	117,57	123,45	130,85	146,74	146,74	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2022-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	173,11	181,77	192,68	210,93	210,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
42	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
43	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
44	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	652,98	652,98	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
45	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059994	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenylketonuria		ryczałt	8,82
46	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059987	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenylketonuria		ryczałt	8,82
47	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059970	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenylketonuria		ryczałt	8,82
48	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059963	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenylketonuria		ryczałt	8,82
49	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059895	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,50	624,88	Fenylketonuria		ryczałt	8,82
50	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940037	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
51	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940020	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940013	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940006	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060014059901	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940075	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
56	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940068	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
57	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940051	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
58	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940044	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
59	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060014059918	2022-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
60	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942369	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
61	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942345	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
62	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942383	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
63	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942406	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,31	937,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942376	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942352	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942390	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942413	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,83	1243,83	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,75	584,75	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
69	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,75	584,75	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
70	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,75	584,75	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
73	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
74	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
76	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
77	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2022-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
79	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex Select (herbata brzoskwiowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591631	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
80	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex Select (herbata miętowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591648	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,00	1069,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
81	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czekoladowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385941621	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,47	1614,03	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,64
82	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,47	1614,03	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,64
83	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,47	1614,03	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,64
84	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku bananowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943489	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
85	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943472	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
86	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czekoladowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385941454	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
87	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czerwonych owoców, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059840	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
88	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku waniliowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060014059857	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,04	2152,04	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
89	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2022-01-01	3 lata	216.4, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż.	124,15	130,36	138,18	154,44	154,44	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
90	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	836,55	878,38	931,08	967,45	967,45	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
91	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	34,13	36,17	44,95	44,95	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	13,49
92	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	51,77	54,87	65,71	65,71	Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna		ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----

93	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	43,58	46,19	56,16	56,16	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
94	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	43,58	46,19	56,16	56,16	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5905669556088	2023-01-01	2 lata	267.3, Opatrunki biowchłaniające do ran bez cech infekcji	17,50	18,90	20,03	26,38	26,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,91
2	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek alginianowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,97	6,45	6,99	9,84	9,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,11
3	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Medisorb A 10x10 cm, opatrunek alginianowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844714	2022-03-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,97	6,45	6,99	9,84	9,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,22
4	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,84	9,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
5	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,84	9,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,22
6	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,68	14,77	15,66	20,59	19,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,12
7	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217927	2022-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,68	14,77	15,66	20,59	19,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,35
8	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,52	2,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,83
9	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,52	2,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,11
10	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylne, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013466	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,95	6,43	6,97	9,82	9,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,09
11	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylne, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013480	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	12,50	13,50	14,31	19,24	19,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,77
12	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylne, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013442	2022-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,10	2,27	2,81	3,79	2,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
13	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124810	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	15,20	19,77	16,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,23
14	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x10 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124810	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	13,27	14,33	15,20	19,77	16,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,28
15	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124858	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	25,76	32,97	32,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,89
16	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10x20 cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124858	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	22,50	24,30	25,76	32,97	32,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
17	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124872	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	85,86	100,36	100,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,11
18	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20x40 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124872	2023-01-01	3 lata	264.2, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych – z substancją przeciwdrobnoustrojową w postaci srebra nanokrystalicznego	75,00	81,00	85,86	100,36	100,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
19	Emplastry antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002970	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	12,13	13,10	13,89	18,70	17,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,73
20	Emplastry antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199.5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002994	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	21,95	23,71	25,13	32,23	30,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,57
21	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461652	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,55	11,39	12,07	16,20	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,87

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
22	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461652	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,55	11,39	12,07	16,20	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,87
23	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,88	20,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,29
24	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,88	20,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,04
25	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461621	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,90	7,45	7,99	10,53	7,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
26	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 7,5x7,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461621	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	6,90	7,45	7,99	10,53	7,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,03
27	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141,75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461928	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	22,86	28,15	18,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,92
28	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141,75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461928	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	19,97	21,57	22,86	28,15	18,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
29	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,45	11,29	11,97	16,10	13,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,77
30	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,45	11,29	11,97	16,10	13,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,77
31	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461805	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	30,91	38,01	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,01
32	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461805	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	30,91	38,01	30,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,01
33	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461836	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,44	44,76	47,44	57,24	53,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,90
34	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461836	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	41,44	44,76	47,44	57,24	53,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,90
35	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461867	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	30,00	32,40	34,34	42,51	38,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,53
36	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 17x17 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461867	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	30,00	32,40	34,34	42,51	38,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
37	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461898	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	53,81	64,54	64,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,36
38	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461898	2023-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	47,00	50,76	53,81	64,54	64,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
39	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	20,03	26,00	22,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,10
40	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123889	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	20,03	26,00	22,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,28
41	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,80	41,90	44,42	53,93	51,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,14
42	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123896	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,80	41,90	44,42	53,93	51,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,80
43	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,90	56,05	59,41	70,31	68,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,59
44	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129164	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,90	56,05	59,41	70,31	68,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
45	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	68,90	74,41	78,87	91,62	90,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,99
46	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123902	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	68,90	74,41	78,87	91,62	90,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,72
47	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	20,03	26,00	22,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,10
48	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127153	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,50	18,90	20,03	26,00	22,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,28
49	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,90	29,05	30,79	38,48	35,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,62
50	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123773	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,90	29,05	30,79	38,48	35,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,97
51	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,50	56,70	60,10	71,11	69,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,40
52	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123780	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,50	56,70	60,10	71,11	69,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,52
53	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	47,60	51,41	54,50	64,98	62,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,89



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
54	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277,2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123803	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	47,60	51,41	54,50	64,98	62,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,99
55	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	58,50	63,18	66,97	78,57	76,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,80
56	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123810	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	58,50	63,18	66,97	78,57	76,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
57	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	76,00	82,08	87,00	100,43	100,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,28
58	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123797	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	76,00	82,08	87,00	100,43	100,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,22
59	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	131,00	141,48	149,97	166,26	166,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,88
60	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129201	2022-03-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	131,00	141,48	149,97	166,26	166,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
61	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z masścią zawierający srebro, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	11,45	15,66	14,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,27
62	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z masścią zawierający srebro, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	11,45	15,66	14,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,81
63	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z masścią zawierający srebro, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
64	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
65	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	4,43	5,78	3,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,18
66	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	4,43	5,78	3,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,07
67	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551601	2022-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	23,36	25,23	26,74	33,84	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,84
68	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 18x18 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 324 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861496	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	38,23	41,29	43,76	52,51	43,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,27
69	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel 19x20 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na piętę, 380 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551632	2022-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	39,45	42,61	45,17	54,74	50,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,27
70	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Sacral 23x23 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 529 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861489	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	63,05	68,09	72,18	83,41	70,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,03
71	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	23,05	24,89	26,38	33,07	26,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,40
72	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	23,05	24,89	26,38	33,07	26,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,40
73	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	30,91	38,01	30,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,01
74	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	27,00	29,16	30,91	38,01	30,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,01

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
75	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	46,23	49,93	52,92	62,72	53,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,38
76	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	46,23	49,93	52,92	62,72	53,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,38
77	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151172	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	15,00	16,20	17,17	23,14	22,72	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,24
78	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 15x15 cm, opatrunek specjalistyczny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151189	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	33,75	36,45	38,64	48,15	48,15	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	14,45
79	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151226	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	90,00	97,20	103,03	117,93	117,93	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	35,38
80	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x4,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151202	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	13,50	14,58	15,45	20,96	20,45	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,65
81	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 2x45 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151158	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	13,50	14,58	15,45	20,96	20,45	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,65
82	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 45 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151196	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,18	18,55	19,67	22,93	10,23	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	15,77
83	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 4,5x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 135 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151219	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	20,25	21,87	23,19	30,29	30,29	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	9,09
84	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 5x5 cm, opatrunek specjalistyczny, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190151165	2022-11-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	8,42	9,09	9,64	11,61	5,68	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
85	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	11,88	16,09	14,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,70
86	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866877	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	11,88	16,09	14,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24
87	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91
88	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver 10x20 cm, samoprzylepny opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866860	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
89	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	11,88	16,09	14,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,70
90	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x10 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866891	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,38	11,21	11,88	16,09	14,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24
91	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,91
92	Emplastry antimicrobiotica	Medisorb Silver PAD 10x20 cm, opatrunek chłonny ze srebrem, jałowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516866884	2022-03-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,69	29,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
93	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,63	32,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,82
94	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941374	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,63	32,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,05
95	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,39	24,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,42
96	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941367	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,39	24,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
97	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,51	47,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,25
98	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941381	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,51	47,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
99	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,37	7,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,83
100	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551027056	2022-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,37	7,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46
101	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002291	2021-11-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	28,98	31,30	33,18	42,08	42,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,62
102	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002321	2021-11-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,53	18,93	20,07	26,78	26,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,03
103	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylne, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447930350	2022-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	12,00	12,96	13,74	18,53	17,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,29
104	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylne, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447930381	2022-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	24,00	25,92	27,48	34,95	34,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,49
105	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520737	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,42	17,73	18,80	24,77	22,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,87
106	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520744	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	49,25	53,19	56,39	67,29	67,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,19
107	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520720	2022-05-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	5,91	6,38	6,92	9,60	8,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,87
108	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518017	2022-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,47	19,95	21,15	27,83	27,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,74
109	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	45,50	49,14	52,09	62,99	62,99	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,90
110	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518024	<1>2022-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	45,50	49,14	52,09	62,99	62,99	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
111	Emplastry antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447309200	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,04	14,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,21
112	Emplastry antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447309323	2022-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,04	14,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,21
113	Emplastry carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447037493	2022-01-01	3 lata	264.4, Opatrunki chłonne z węglem aktywowanym	3,90	4,21	4,75	6,76	6,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,03
114	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,20	17,50	18,54	24,51	22,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,61
115	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132027	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,20	17,50	18,54	24,51	22,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,79
116	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,13	51,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,34
117	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132034	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	36,36	39,27	41,62	51,13	51,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
118	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	99,00	106,92	113,34	128,24	128,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	38,47
119	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132041	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	99,00	106,92	113,34	128,24	128,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
120	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,20	4,54	5,08	7,05	5,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,07
121	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132010	2022-09-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	4,20	4,54	5,08	7,05	5,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,37
122	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,18	69,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,68
123	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,18	69,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,89
124	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,57	138,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,57
125	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,57	138,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
126	Emplastry collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczenia - o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	55,51	55,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,65
127	Emplastry collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczenia - o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	55,51	55,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
128	Emplastry collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczenia - o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	33,21	33,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,96
129	Emplastry collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczenia - o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	33,21	33,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
130	Emplastry collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczenia - o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	33,21	33,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,96
131	Emplastry collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1, Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczenia - o działaniu płuczającym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	33,21	33,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
132	Emplastry collagenosa	HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890922	2022-07-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	51,55	55,67	59,01	70,26	70,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,08
133	Emplastry collagenosa	HydroClean plus 10x10 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890922	2022-07-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	51,55	55,67	59,01	70,26	70,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
134	Emplastry collagenosa	HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890915	2022-07-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	29,00	31,32	33,20	41,53	39,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,87
135	Emplastry collagenosa	HydroClean plus 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890915	2022-07-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	29,00	31,32	33,20	41,53	39,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,01
136	Emplastry collagenosa	HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890946	2022-07-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	29,00	31,32	33,20	41,53	39,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,87
137	Emplastry collagenosa	HydroClean plus cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890946	2022-07-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	29,00	31,32	33,20	41,53	39,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,01
138	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,80	9,50	10,08	12,53	7,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
139	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422486	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,80	9,50	10,08	12,53	7,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,56
140	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	17,00	18,36	19,46	23,81	15,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
141	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422493	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	17,00	18,36	19,46	23,81	15,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,87
142	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	34,00	36,72	38,92	45,87	31,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,55
143	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422509	2023-09-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	34,00	36,72	38,92	45,87	31,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,98
144	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	265.3. Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	26,10	28,19	29,88	36,13	24,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,16
145	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	265.3. Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	26,10	28,19	29,88	36,13	24,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,89
146	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	265.3. Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	51,05	55,13	58,44	67,55	47,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,29
147	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	265.3. Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	51,05	55,13	58,44	67,55	47,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	20,04
148	Emplastry collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8595163717817	2022-03-01	3 lata	264.6. Opatrunki do ran zakażonych z kwasem hialuronowym i dichlorowodorkiem oktenidyny	27,00	29,16	30,91	38,90	38,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,67
149	Emplastry collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554863	2022-11-01	3 lata	261.4. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nano oligosacharydów	31,00	33,48	35,49	43,15	33,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,53
150	Emplastry collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554870	2022-11-01	3 lata	261.4. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nano oligosacharydów	61,00	65,88	69,83	82,36	82,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,71
151	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894530669	2022-11-01	3 lata	261.4. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nano oligosacharydów	38,50	41,58	44,07	52,59	40,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,25
152	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894549517	2022-11-01	3 lata	261.4. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nano oligosacharydów	60,50	65,34	69,26	81,79	81,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,54
153	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554887	2022-11-01	3 lata	261.4. Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nano oligosacharydów	32,34	34,93	37,02	44,68	33,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,06

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
154	Emplastr collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554894	2022-11-01	3 lata	261.4, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej z dodatkiem nanooleigosacharydów	62,73	67,75	71,81	84,34	84,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,30
155	Emplastr conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,31	21,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,39
156	Emplastr conlativi	Clean WND 15x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8681349103939	2022-09-01	3 lata	261.10, Opatrunki do mechanicznego oczyszczania rany - z mikrowłókniny z kwasem hialuronowym i fosfolipidami	13,95	15,07	15,97	21,31	21,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
157	Emplastr conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	10,95	7,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,67
158	Emplastr conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737043	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	10,95	7,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,41
159	Emplastr conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,38	15,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,82
160	Emplastr conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737074	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,38	15,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,30
161	Emplastr conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,76	16,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,89
162	Emplastr conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737258	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,76	16,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,80
163	Emplastr conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,06	30,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,95
164	Emplastr conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737401	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,06	30,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,90
165	Emplastr conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,78	11,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,53
166	Emplastr conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736534	2022-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,78	11,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
167	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	16,97	16,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
168	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736596	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	16,97	16,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,01
169	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,11	28,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,43
170	Emplastry conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736749	2022-05-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,11	28,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
171	Emplastry hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932699136	2022-05-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,75	14,85	15,75	20,68	17,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21
172	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,86	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,91
173	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,86	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,79
174	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,45	11,29	11,97	16,23	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,10
175	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,45	11,29	11,97	16,23	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,33
176	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,62	4,99	5,53	7,69	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
177	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,62	4,99	5,53	7,69	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,62
178	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,71	15,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,71

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom opłacalności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
179	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,71	15,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
180	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,85	14,96	15,85	21,08	21,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,32
181	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,85	14,96	15,85	21,08	21,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
182	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,28	27,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,18
183	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,28	27,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
184	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,61	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,66
185	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,61	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,54
186	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	15,90	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,77
187	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	15,90	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
188	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,71	3,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
189	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,71	3,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
190	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,85	7,40	7,94	10,10	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,15
191	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	6,85	7,40	7,94	10,10	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,03
192	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,80	19,22	20,38	24,64	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,51
193	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,80	19,22	20,38	24,64	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,74
194	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	28,80	31,10	32,97	39,42	28,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,63
195	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	28,80	31,10	32,97	39,42	28,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,15
196	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll concave 8x12 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 96 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222501	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	14,35	15,50	16,43	18,52	6,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,77
197	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral 12x18 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 216 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222259	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	22,23	24,01	25,44	29,58	15,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,90
198	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,88	6,35	6,89	9,05	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,10
199	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,88	6,35	6,89	9,05	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,98
200	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,72	11,58	12,27	16,53	15,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,40
201	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,72	11,58	12,27	16,53	15,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
202	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447546964	2022-11-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	4,40	4,75	5,29	9,16	9,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
203	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447546995	2022-11-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	16,45	16,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
204	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,40	4,75	5,29	7,45	7,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,50
205	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844721	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,40	4,75	5,29	7,45	7,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,38
206	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	9,99	10,79	11,44	15,70	15,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,71
207	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516844745	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	9,99	10,79	11,44	15,70	15,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
208	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,30	18,68	19,81	26,26	26,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,88
209	Emplastry hydrocolloidosa	Medisorb H 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900516849290	2022-03-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	17,30	18,68	19,81	26,26	26,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
210	Emplastry hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,95	8,59	9,13	12,43	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,23
211	Emplastry hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,95	8,59	9,13	12,43	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,71
212	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	10,92	9,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22
213	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	10,92	9,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,35
214	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,87	11,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
215	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,87	11,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,39

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
216	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	22,96	22,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,89
217	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	22,96	22,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
218	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,65	5,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,63
219	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	268.1. Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,65	5,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,91
220	Emplastry hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	75,99	75,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,80
221	Emplastry hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	75,99	75,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
222	Emplastry hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2. Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,72	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,52
223	Emplastry hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2. Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,72	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
224	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,41	37,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,50
225	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,41	37,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,39
226	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	57,00	61,56	65,25	77,13	77,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,14
227	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1. Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	57,00	61,56	65,25	77,13	77,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
228	Emplastry microfibrillum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000174	2022-03-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,86	36,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,20
229	Emplastry microfibrillum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000174	2022-03-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,86	36,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,20
230	Emplastry microfibrillum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000167	2022-03-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	38,90	38,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,67

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
231	Emplastry microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000167	2022-03-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	38,90	38,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
232	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,90	10,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,27
233	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463908	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,90	10,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
234	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,81	20,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,24
235	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476182	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,00	14,04	14,88	20,81	20,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
236	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	16,26	16,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,88
237	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463960	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	9,90	10,69	11,33	16,26	16,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
238	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	30,34	30,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,10
239	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463991	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,90	21,49	22,78	30,34	30,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
240	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,76	6,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,27
241	Emplastry microfibricum cellulosae	Alleyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463878	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	3,77	4,07	4,61	6,76	6,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,35



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
242	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	45,15	45,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,55
243	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223465230	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	31,00	33,48	35,49	45,15	45,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
244	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,90	10,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,27
245	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475499	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	6,30	6,80	7,34	10,90	10,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
246	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,61	23,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,08
247	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475581	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,00	16,20	17,17	23,61	23,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
248	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,57	7,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,46
249	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475611	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,29	4,63	5,17	7,57	7,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,27
250	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,82	16,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
251	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476885	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	10,40	11,23	11,90	16,82	16,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
252	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	23,04	23,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,91
253	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476502	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,50	15,66	16,60	23,04	23,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
254	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,90	9,61	10,18	13,51	10,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,09
255	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Life 10,3x10,3 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223477981	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,90	9,61	10,18	13,51	10,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,91
256	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,60	14,69	15,57	20,26	16,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,61
257	Emplastry microfibrillum cellulosae	Allelyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478018	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,60	14,69	15,57	20,26	16,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,62

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
258	Emplastry microfibrificum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	21,75	27,93	24,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,10
259	Emplastry microfibrificum cellulosae	Allevyn Life 15,4x15,4 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478049	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	21,75	27,93	24,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,88
260	Emplastry microfibrificum cellulosae	Allevyn Life 21x21 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478070	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,50	37,26	39,50	48,23	44,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,95
261	Emplastry microfibrificum 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 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223482503	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	45,00	48,60	51,52	61,86	61,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,56
262	Emplastry microfibrificum 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 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223481421	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,00	20,52	21,75	28,33	26,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,58

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
263	Emplastry microfibrificum cellulosa	Allewyn 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 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223481452	2022-07-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,88	33,35	35,35	44,00	44,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,20
264	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,90	10,69	11,33	15,36	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,39
265	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,90	10,69	11,33	15,36	14,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,12
266	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,27	24,05	25,50	32,46	32,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,03
267	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,27	24,05	25,50	32,46	32,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,42
268	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,11	3,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,62
269	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,11	3,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,55
270	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,35	10,10	10,70	14,73	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,76
271	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,35	10,10	10,70	14,73	14,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,49
272	Emplastry microfibrificum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,35	10,10	10,70	14,73	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
273	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,35	10,10	10,70	14,73	14,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,49
274	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,60	15,77	16,72	22,25	22,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,68
275	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,60	15,77	16,72	22,25	22,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
276	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277,2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,91	27,98	29,66	37,46	37,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,24
277	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277,2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,91	27,98	29,66	37,46	37,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
278	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	21,04	22,72	24,08	31,04	31,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,31
279	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	21,04	22,72	24,08	31,04	31,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
280	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,05	30,29	32,11	40,28	40,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,08
281	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,05	30,29	32,11	40,28	40,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
282	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,60	34,13	36,18	44,96	44,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,49
283	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,60	34,13	36,18	44,96	44,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
284	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,63	30,92	32,78	41,05	41,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,32

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
285	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,63	30,92	32,78	41,05	41,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
286	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	37,17	40,14	42,55	52,18	52,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,65
287	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	37,17	40,14	42,55	52,18	52,18	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
288	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	41,23	44,53	47,20	57,27	57,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,18
289	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	41,23	44,53	47,20	57,27	57,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
290	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	70,12	75,73	80,28	93,64	93,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,09
291	Emplastry microfibrillum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	70,12	75,73	80,28	93,64	93,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
292	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861557	2021-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	9,19	9,93	10,52	12,48	5,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,32
293	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861571	2021-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	14,32	15,47	16,39	19,25	9,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,75
294	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861564	2021-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	29,74	32,12	34,04	39,11	19,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,64
295	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861540	2021-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	5,28	5,70	6,24	7,49	3,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,15
296	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861526	2021-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	35,77	38,63	40,95	46,66	22,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
297	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861533	2021-07-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	48,38	52,25	55,38	62,37	31,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	40,37
298	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,71	5,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,55
299	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,71	5,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,77
300	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,25	13,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,89
301	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,25	13,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	15,88
302	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Super Adhesive 10x10 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551540	2022-05-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,20	11,02	11,67	15,51	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,22
303	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Super Adhesive 15x15 cm, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551571	2022-05-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,80	21,38	22,67	29,38	26,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,72
304	Emplastry microfibrillum cellulosae	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861588	2021-07-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	36,75	39,69	42,08	51,41	47,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,24
305	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106331	2022-05-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,70	9,40	9,96	13,80	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,51
306	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106362	2022-05-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,40	18,79	19,92	26,25	23,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,66
307	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106423	2022-05-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,57	21,14	22,40	29,11	26,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,45
308	Emplastry microfibrillum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106485	2022-05-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	34,80	37,58	39,84	49,17	47,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
309	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106515	2022-05-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	52,20	56,38	59,76	71,09	71,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,33
310	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106546	2022-05-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	69,60	75,17	79,68	93,00	93,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,90
311	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106607	2022-05-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,72	13,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,60
312	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106690	2022-05-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	29,04	29,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,71
313	Emplastry microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610106751	2022-05-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	39,84	49,03	49,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,71
314	Emplastry microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223466695	2022-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,00	9,72	10,30	14,33	14,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,36
315	Emplastry microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223466725	2022-11-01	3 lata	261.2. Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,25	21,87	23,19	30,15	30,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,05
316	Emplastry microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,17	8,82	9,36	12,92	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
317	Emplastry microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142231	2022-11-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,17	8,82	9,36	12,92	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,52
318	Emplastry microfibricum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	261.6. Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,38	19,85	21,04	27,48	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,53



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
319	Emplastry microfibrillum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142248	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	18,38	19,85	21,04	27,48	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,83
320	Emplastry microfibrillum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,40	5,83	6,37	8,84	7,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,58
321	Emplastry microfibrillum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 5,5x12 cm, opatrunek, 66 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142255	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,40	5,83	6,37	8,84	7,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,32
322	Emplastry microfibrillum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,23	5,65	6,19	8,59	7,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,48
323	Emplastry microfibrillum cellulosae	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny 8x8 cm, opatrunek, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142224	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	5,23	5,65	6,19	8,59	7,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,29
324	Emplastry microfibrillum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,51	3,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,88
325	Emplastry microfibrillum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,51	3,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,75
326	Emplastry microfibrillum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,59	13,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,08
327	Emplastry microfibrillum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,59	13,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
328	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
329	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013953	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
330	Emplastry microfibrillum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwą kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
331	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343014028	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,20
332	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,10	28,19	29,88	37,35	34,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,41
333	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343014141	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,10	28,19	29,88	37,35	34,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,15
334	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,19	39,09	41,43	50,49	47,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,30
335	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone Heel 20x20,8 cm, opatrunek, 416 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025956	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	36,19	39,09	41,43	50,49	47,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,07
336	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,04	47,56	50,41	60,40	57,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,00
337	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Border Silicone Sacrum 22,5x22,5 cm, opatrunek, 506,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025987	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,04	47,56	50,41	60,40	57,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,69
338	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026847	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,80	12,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,20
339	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026847	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	8,70	9,40	9,96	13,80	12,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
340	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026915	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,12	27,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,76
341	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026915	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	19,58	21,15	22,41	29,12	27,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,46
342	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026977	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,17	49,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,75
343	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343026977	2023-01-01	3 lata	264.1, Opatrunki chłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z zawartością PHMB	34,80	37,58	39,84	49,17	49,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
344	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
345	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013762	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
346	Emplastry microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
347	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013793	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,20
348	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	39,84	48,68	45,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,76
349	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343013878	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,80	37,58	39,84	48,68	45,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,08
350	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,23	16,45	17,43	22,79	19,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,83
351	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343025895	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,23	16,45	17,43	22,79	19,95	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,84
352	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
353	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019184	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
354	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90
355	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019214	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,20
356	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	87,00	93,96	99,60	113,53	113,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,06
357	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019269	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	87,00	93,96	99,60	113,53	113,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
358	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,44	4,80	5,34	7,32	5,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,25
359	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019153	2022-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,44	4,80	5,34	7,32	5,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
360	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
361	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019405	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
362	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
363	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019450	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,58	21,15	22,41	28,85	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,20
364	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,97	6,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,48
365	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Lite Foam Silicone Border 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343019375	2022-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,97	6,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,56
366	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343067321	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,50	8,10	8,64	12,48	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,19
367	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343067338	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	11,25	12,15	12,88	17,97	17,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,53
368	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343066157	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,00	16,20	17,17	23,50	23,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,05
369	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343067307	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	30,00	32,40	34,34	43,67	43,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,10
370	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343067314	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	44,40	47,95	50,82	62,15	62,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,65
371	Emplastry microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8715343048290	2022-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	59,20	63,94	67,77	81,09	81,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,33
372	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,55	21,11	22,38	28,54	23,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,78
373	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430504999	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,55	21,11	22,38	28,54	23,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,60
374	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	17,97	22,90	17,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,43
375	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430446459	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	17,97	22,90	17,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,09
376	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	29,80	32,18	34,12	41,68	34,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,24

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
377	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430505019	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	29,80	32,18	34,12	41,68	34,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,77
378	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	97,30	105,08	111,39	125,32	113,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	45,53
379	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551306441	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	97,30	105,08	111,39	125,32	113,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,33
380	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	20,26	20,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,08
381	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	20,26	20,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
382	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	28,41	28,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,52
383	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	28,41	28,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
384	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7333350370565	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,97	7,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,84
385	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7333350370565	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,97	7,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,64
386	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249473	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
387	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249473	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,52	11,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,12
388	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249497	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,84	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,89
389	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249497	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,84	25,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,19

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
390	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249459	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,97	6,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,48
391	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Lite 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190249459	2023-03-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,89	5,28	5,82	7,97	6,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,56
392	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	35,21	35,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,56
393	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	35,21	35,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
394	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	17,97	22,90	17,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,43
395	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666598	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	15,70	16,96	17,97	22,90	17,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,09
396	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,95	29,11	30,86	38,42	34,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,98
397	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666642	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,95	29,11	30,86	38,42	34,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,51
398	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63,75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,05	7,61	8,15	10,54	7,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,45
399	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63,75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666505	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	7,05	7,61	8,15	10,54	7,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,27
400	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,40	30,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,12
401	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430727572	2022-11-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	20,35	21,98	23,30	30,40	30,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
402	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	55,72	55,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,72
403	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430008800	2022-11-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	40,00	43,20	45,79	55,72	55,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
404	Emplastry microfibrillum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,95	8,59	9,13	12,11	9,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
405	Emplastry microfibricum cellulosae	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7310792907108	2022-11-01	3 lata	261.8. Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	7,95	8,59	9,13	12,11	9,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,65
406	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,02	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,73
407	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,02	11,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,17
408	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179428	2022-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	16,97	18,33	19,43	26,05	25,92	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,91
409	Emplastry microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179442	2022-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	25,97	28,05	29,73	38,96	38,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,69
410	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,66	15,83	16,78	23,00	23,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,90
411	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,66	15,83	16,78	23,00	23,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
412	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	18,26	18,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,48
413	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	18,26	18,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
414	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	18,26	18,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,48
415	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	18,26	18,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
416	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,36	32,79	34,75	44,15	44,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,25
417	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,36	32,79	34,75	44,15	44,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
418	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	33,41	33,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,02
419	Emplastry microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	33,41	33,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
420	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520270	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,10	9,83	10,42	14,29	13,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,69
421	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520287	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	20,48	22,12	23,45	30,20	30,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,06
422	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520294	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	27,30	29,48	31,26	39,14	39,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,74
423	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520263	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	3,28	3,54	4,08	5,70	4,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,24
424	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895520300	2022-05-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	18,20	19,66	20,83	27,20	27,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,16
425	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7350031913521	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,88	8,51	9,05	12,89	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,60
426	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7350031913538	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,75	17,01	18,04	24,37	23,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,78



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
427	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoSuperSuperabsorber 20x30 cm, opatrunek, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7350031913552	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	47,24	51,02	54,08	65,41	65,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,62
428	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,56	11,40	12,09	16,46	16,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,94
429	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518048	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,56	11,40	12,09	16,46	16,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
430	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,50	28,62	30,34	38,22	38,22	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,47
431	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518055	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,50	28,62	30,34	38,22	38,22	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
432	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	53,00	57,24	60,67	72,07	72,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,62
433	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518062	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	53,00	57,24	60,67	72,07	72,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
434	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518079	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	13,95	13,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,35
435	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	30,22	38,10	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,43
436	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518086	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	30,22	38,10	38,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
437	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518116	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,80	9,50	10,08	13,95	13,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,35
438	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518123	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	14,87	16,06	17,02	22,63	22,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,79
439	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518130	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,40	28,51	30,22	38,10	38,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,43

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
440	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518109	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	5,63	6,08	6,62	9,23	8,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,08
441	Emplastry microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518147	2022-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	35,20	38,02	40,29	49,67	49,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,90
442	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447587721	2021-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,70	11,56	12,25	17,19	17,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,25
443	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem , 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067429	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,40	4,75	5,29	9,13	9,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
444	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067443	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,80	5,18	5,72	10,96	10,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
445	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067467	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,10	8,75	9,29	16,84	16,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05
446	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067481	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,00	15,12	16,03	26,20	26,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
447	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067504	2022-05-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	20,00	21,60	22,90	35,26	35,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,58
448	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610104740	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,80	15,98	16,95	23,17	23,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
449	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610104733	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,56	12,48	13,23	18,38	18,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,51
450	Emplastry microfibricum cellulosae	Vliwasorb sensitive 15x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 375 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610104757	2022-09-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	27,75	29,97	31,77	40,60	40,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
451	Emplastry microfibrillum cellulosae	Vliwasorb sensitive 20x30 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 600 cm <sup>2</sup>	1 szt.	6940610104771	2022-09-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	44,00	47,52	50,37	61,56	61,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,47
452	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,92	11,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,63
453	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,92	11,85	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,07
454	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,48	23,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,89
455	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,48	23,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,78
456	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,91	93,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,17
457	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,91	93,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
458	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276106	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	17,00	18,36	19,46	25,68	25,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,70
459	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276106	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	17,00	18,36	19,46	25,68	25,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
460	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276069	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	13,28	14,34	15,21	20,36	20,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,11
461	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276069	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	13,28	14,34	15,21	20,36	20,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
462	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276274	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	42,50	45,90	48,65	58,87	58,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
463	Emplastry microfibrificum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276274	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,50	45,90	48,65	58,87	58,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
464	Emplastry microfibrificum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298290	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,28	14,34	15,21	20,36	20,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,11
465	Emplastry microfibrificum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298290	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,28	14,34	15,21	20,36	20,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
466	Emplastry microfibrificum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298337	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,03	28,11	29,80	37,62	37,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,29
467	Emplastry microfibrificum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298337	2024-01-01	3 lata	262.2. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,03	28,11	29,80	37,62	37,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
468	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415587	2023-01-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,56	7,08	7,62	10,48	9,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98
469	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 12,5x12,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415587	2023-01-01	3 lata	261.5. Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	6,56	7,08	7,62	10,48	9,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
470	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 17,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415594	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	12,86	13,89	14,72	19,58	18,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,84
471	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 17,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415594	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	12,86	13,89	14,72	19,58	18,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,38
472	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416799	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	20,30	21,92	23,24	30,08	30,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,02
473	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive 22,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416799	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	20,30	21,92	23,24	30,08	30,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
474	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426705	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,01	7,57	8,11	10,74	8,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,85
475	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Heel 10,5x13,5 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426705	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,01	7,57	8,11	10,74	8,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,32
476	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	4,86	6,82	5,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,66
477	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	4,86	6,82	5,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
478	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,20	11,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,88
479	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,20	11,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,32
480	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,26	23,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,62
481	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,26	23,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,49
482	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426736	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,60	21,17	22,44	29,12	28,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,99
483	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Sacrum 22x22 cm, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426736	2023-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	19,60	21,17	22,44	29,12	28,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,36
484	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,54	116,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
485	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611832	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,54	116,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
486	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	90,93	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,77
487	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611818	2022-03-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	90,93	88,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
488	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004619883	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,53	116,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
489	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004619869	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	90,92	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,76
490	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,54	116,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
491	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,54	116,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
492	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	90,93	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
493	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalamina lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	90,93	88,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,13
494	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004619876	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalamina lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	90,92	88,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,76
495	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standarde 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004619890	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalamina lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,53	116,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,96
496	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683094	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	9,56	13,12	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,14
497	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683124	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	12,70	13,72	14,54	19,47	17,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,00
498	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683186	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,85	25,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,90
499	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683216	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,76	45,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,84
500	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683155	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,48	5,92	6,46	8,85	7,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,76
501	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683308	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	9,56	13,12	11,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,14
502	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917687	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	40,21	43,43	46,03	56,76	56,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,03
503	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multsite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917700	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,40	15,55	16,48	21,95	20,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,59
504	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297.5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917663	2023-09-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	25,00	27,00	28,62	36,06	33,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,32
505	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	0382903205189	2024-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	14,10	15,23	16,15	21,01	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	7,79

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
506	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	0382903205172	2024-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	14,10	15,23	16,15	21,01	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	7,79
507	Igły do penów	Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	6972857293000	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,82	18,82	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,65
508	Igły do penów	Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	6972857293017	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,82	18,82	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,65
509	Igły do penów	Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły	100 szt.	5907553012045	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
510	Igły do penów	Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012021	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
511	Igły do penów	Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012038	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
512	Igły do penów	Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	5907553012014	2022-05-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
513	Igły do penów	PIC Insupen Original 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	8058090005094	2024-04-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
514	Igły do penów	PIC Insupen Original 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	8058090004578	2024-04-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,89	18,89	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,67
515	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,72	11,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,52
516	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,72	11,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
517	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	11,80	12,74	13,51	18,24	18,24	Cukrzyca		30%	5,47



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
518	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	27,30	29,48	31,26	39,27	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,38
519	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	27,30	29,48	31,26	39,27	39,09	Cukrzyca		30%	11,91
520	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	27,40	29,59	31,36	39,37	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,48
521	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	27,40	29,59	31,36	39,37	39,09	Cukrzyca		30%	12,01
522	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	54,60	58,97	62,51	74,08	74,08	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
523	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	54,60	58,97	62,51	74,08	74,08	Cukrzyca		30%	22,22
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	31,26	39,27	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,38
525	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,30	29,48	31,26	39,27	39,09	Cukrzyca		30%	11,91
526	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	26,48	28,60	30,32	38,33	38,33	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
527	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2022-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,33	38,33	Cukrzyca		30%	11,50
528	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	27,15	29,32	31,08	39,09	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
529	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	27,15	29,32	31,08	39,09	39,09	Cukrzyca		30%	11,73
530	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	27,15	29,32	31,08	39,09	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
531	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	27,15	29,32	31,08	39,09	39,09	Cukrzyca		30%	11,73
532	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	27,50	29,70	31,48	39,49	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,60
533	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	27,50	29,70	31,48	39,49	39,09	Cukrzyca		30%	12,13
534	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	23,95	25,87	27,42	35,43	35,43	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	27,42	35,43	35,43	Cukrzyca		30%	10,63
536	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	26,90	29,05	30,79	38,80	38,80	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2022-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,80	38,80	Cukrzyca		30%	11,64
538	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	26,00	28,08	29,76	37,77	37,77	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
539	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	29,76	37,77	37,77	Cukrzyca		30%	11,33
540	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,12	38,12	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
541	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,12	38,12	Cukrzyca		30%	11,44
542	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,80	27,86	29,54	37,55	37,55	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
543	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,80	27,86	29,54	37,55	37,55	Cukrzyca		30%	11,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
544	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2024-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,80	38,80	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
545	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2024-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,80	38,80	Cukrzyca		30%	11,64
546	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	26,77	28,91	30,65	38,66	38,66	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
547	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	26,77	28,91	30,65	38,66	38,66	Cukrzyca		30%	11,60
548	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	26,40	28,51	30,22	38,23	38,23	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
549	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	30,22	38,23	38,23	Cukrzyca		30%	11,47
550	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	27,55	29,75	31,54	39,55	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,66
551	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	27,55	29,75	31,54	39,55	39,09	Cukrzyca		30%	12,19
552	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	26,87	29,02	30,76	38,77	38,77	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
553	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,87	29,02	30,76	38,77	38,77	Cukrzyca		30%	11,63
554	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	26,00	28,08	29,76	37,77	37,77	Cukrzyca		30%	11,33
555	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	27,20	29,38	31,14	39,15	39,09	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,26
556	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	27,20	29,38	31,14	39,15	39,09	Cukrzyca		30%	11,79

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
557	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	25,90	27,97	29,65	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
558	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	25,90	27,97	29,65	37,66	37,66	Cukrzyca		30%	11,30
559	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	23,95	25,87	27,42	35,43	35,43	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
560	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,95	25,87	27,42	35,43	35,43	Cukrzyca		30%	10,63
561	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,50	28,62	30,34	38,35	38,35	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
562	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2022-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,50	28,62	30,34	38,35	38,35	Cukrzyca		30%	11,51
563	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	26,96	29,12	30,87	38,88	38,88	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
564	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	26,96	29,12	30,87	38,88	38,88	Cukrzyca		30%	11,66
565	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,33	38,33	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
566	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2022-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,33	38,33	Cukrzyca		30%	11,50
567	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	6970221762749	2024-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,33	38,33	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
568	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	6970221762749	2024-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,33	38,33	Cukrzyca		30%	11,50
569	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	25,00	27,00	28,62	36,63	36,63	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
570	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	25,00	27,00	28,62	36,63	36,63	Cukrzyca		30%	10,99

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacykliib	11422,50	12336,30	13076,48	13076,48	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacykliib	11422,50	12336,30	13076,48	13076,48	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2022-09-01	2 lata	1210.0, Abemacykliib	11422,50	12336,30	13076,48	13076,48	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05415062384565	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocycytinib	3775,43	4077,46	4322,12	4322,12	B.124.	bezpłatny	0 zł
5	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05415062384572	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocycytinib	4908,06	5300,70	5618,74	5618,74	B.124.	bezpłatny	0 zł
6	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05415062384558	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocycytinib	3775,43	4077,46	4322,12	2161,06	B.124.	bezpłatny	0 zł
7	Acalabrutinibum	Calquence, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05000456061698	2023-01-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
8	Acalabrutinibum	Calquence, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05000456071116	2024-04-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
9	Acidum carglumicum	Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	05909990213894	2023-03-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminyowy	17000,00	18360,00	19461,60	14023,80	B.143.	bezpłatny	0 zł
10	Acidum carglumicum	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	08718858150847	2023-11-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminyowy	12250,00	13230,00	14023,80	14023,80	B.143.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 amp.-strzyk. 0,4 ml	08715131019761	<1>2024-04-01/<2>2022-03-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	418,57	452,06	479,17	274,75	<1>B.33.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
12	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019808	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2022-03-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1674,28	1808,22	1916,72	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp. - strzyk. 0,8 ml z zabezpieczeniem	07613421020897	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2022-03-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml	07613421020880	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2022-03-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
15	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	<1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
16	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	<1><2><3><4><5>2023-03-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
17	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	1 wstrzykiwacz 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem	05996537014243	2023-05-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	599,00	646,92	685,74	549,51	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
18	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem	05996537014250	<1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
19	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg	1 wstrzykiwacz 0,8 ml + 2 gaziki nasączone alkoholem	05996537016087	<1><2><3><4><5>2023-05-01/<6>2023-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
20	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	4207,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
21	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
22	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2023-09-01	2 lata	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	5512,50	5953,50	6310,71	6310,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
23	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2023-01-01	3 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	968,85	1046,36	1109,14	1109,14	B.4.	bezpłatny	0 zł
24	Aflibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2023-01-01	3 lata	1164.0, Leki p-nowotworowe – aflibercept	1937,70	2092,72	2218,28	2218,28	B.4.	bezpłatny	0 zł
25	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2022-11-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	1950,00	2106,00	2232,36	2232,36	B.70.	bezpłatny	0 zł
26	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2023-09-01	3 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	5500,00	5940,00	6296,40	6296,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
27	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	10531,77	11374,31	12056,77	12056,77	B.104.	bezpłatny	0 zł
28	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2023-09-01	3 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1504,55	1624,91	1722,41	1722,40	B.104.	bezpłatny	0 zł
29	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326180	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	7900,00	8532,00	9043,92	4453,28	B.15.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
30	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326197	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	15800,00	17064,00	18087,84	8906,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
31	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326166	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1975,00	2133,00	2260,98	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
32	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326173	2023-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	3950,00	4266,00	4521,96	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
33	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2023-07-01	2 lata	1190.0, Alectinib	21135,76	22826,62	24196,22	24196,22	B.6.	bezpłatny	0 zł
34	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2023-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	26192,88	28288,31	29985,61	29985,61	B.29.	bezpłatny	0 zł
35	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990623853	2024-04-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1752,00	1892,16	2005,69	2005,69	B.22.	bezpłatny	0 zł
36	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2022-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
37	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	05909991441166	2022-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
38	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	07613421024826	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
39	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	07613421024840	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	11448,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
40	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 50+200 mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	07613421024833	2022-11-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
41	Amifampridinum	Firdapse, tabl., 10 mg	100 szt.	05055956400706	2023-11-01	2 lata	1227.0, Amifamprydyna	7875,00	8505,00	9015,30	9015,30	B.121.	bezpłatny	0 zł
42	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	795,80	859,46	911,03	911,03	<1>B.33; <2>B.86.	bezpłatny	0 zł
43	Anifrolumabum	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 2 ml	05000456072700	2023-09-01	2 lata	1284.0, Anifrolumab	3940,00	4255,20	4510,51	4510,51	B.150.	bezpłatny	0 zł
44	Apalutamidum	Erleada, tabl. powł., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2023-03-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
45	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2022-09-01	3 lata	1177.0, Apomorfina	700,00	756,00	801,36	801,36	B.90.	bezpłatny	0 zł
46	Asciminibum	Scemblix, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	07613421131616	2023-11-01	2 lata	1288.0, Asciminib	26240,00	28339,20	30039,55	15019,78	B.14.	bezpłatny	0 zł
47	Asciminibum	Scemblix, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	07613421131623	2023-11-01	2 lata	1288.0, Asciminib	26240,00	28339,20	30039,55	30039,55	B.14.	bezpłatny	0 zł
48	Atalurenium	Translama, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg	30 sas.	05391528830510	2024-04-01	3 miesiące	1239.0, Ataluren	104516,48	112877,80	115037,80	115037,80	B.130.	bezpłatny	0 zł
49	Atalurenium	Translama, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg	30 sas.	05391528830497	2024-04-01	3 miesiące	1239.0, Ataluren	13064,56	14109,72	14956,30	14956,30	B.130.	bezpłatny	0 zł



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
50	Atalurenium	Translama, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg	30 sasz.	05391528830503	2024-04-01	3 miesiące	1239.0, Ataluren	26129,12	28219,45	29912,62	29912,60	B.130.	bezpłatny	0 zł
51	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fioł.a 20 ml	05902768001167	<1>2022-05-01/<2>2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,82	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
52	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg	1 fioł.a 14 ml	07613326025546	2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	11435,42	12350,25	13091,27	13091,27	B.6.	bezpłatny	0 zł
53	Avalglucosidasum alfa	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fioł.po 10 ml	05909991472474	2024-01-01	2 lata	1052.1, Awalglukozydaza alfa	4650,00	5022,00	5323,32	5323,32	B.22.	bezpłatny	0 zł
54	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	10 szt.	07350031443110	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	2477,49	2675,69	2836,23	2836,23	B.97.	bezpłatny	0 zł
55	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	15 szt.	07350031443127	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	3716,24	4013,54	4254,35	4254,35	B.97.	bezpłatny	0 zł
56	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	07350031443134	2023-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	7432,47	8027,07	8508,69	8508,69	B.97.	bezpłatny	0 zł
57	Avelumabum	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fioł.po 10 ml	04054839462153	<1>2023-05-01/<2>2022-11-01	2 lata	1223.0, Awelumab	3424,00	3697,92	3919,80	3919,80	<1>B.117.; <2>B.141.FM	bezpłatny	0 zł
58	Axicabtagene ciloleucel	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2022-05-01	2 lata	1226.1, Akcykabtagen cyleoleucel	1303394,00	1407665,52	1409825,52	1409825,52	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
59	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2022-09-01	2 lata	1122.0, Akstytnib	2274,75	2456,73	2604,14	2603,62	B.10.	bezpłatny	0 zł
60	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2022-09-01	2 lata	1122.0, Akstytnib	11371,50	12281,22	13018,09	13018,09	B.10.	bezpłatny	0 zł
61	Azacididine	Onureg, tabl. powł., 200 mg	7 szt.	07640133688435	2023-05-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	31230,00	33728,40	35752,10	23834,73	B.114.	bezpłatny	0 zł
62	Azacididine	Onureg, tabl. powł., 300 mg	7 szt.	07640133688442	2023-05-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	31230,00	33728,40	35752,10	35752,10	B.114.	bezpłatny	0 zł
63	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2024-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytnib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
64	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2024-01-01/<2>2022-11-01	2 lata	1192.0, Baricytnib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
65	Bedaquilinum	Sirturo, tabl., 100 mg	188 szt.	05909991140984	2024-04-01	2 lata	1249.0, Bedakilina	50966,48	55043,80	57203,80	57203,80	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
66	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	2022-05-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	B.44.	bezpłatny	0 zł
67	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	2022-05-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	B.44.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
68	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	03663502000441	2023-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.21.	bezpłatny	0 zł
69	Bevacizumabum	Alymys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2021-09-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	425,00	459,00	486,54	486,54	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
70	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2023-05-01/<2>2022-07-01/<3>2022-05-01/<4>2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	1085,00	1171,80	1242,11	486,54	<4>B.70.	bezpłatny	0 zł
71	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01/<5>2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	501,35	541,46	573,94	486,54	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
72	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2022-03-01/<2><5>2024-04-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	422,50	456,30	483,68	483,68	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
73	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
74	Bewacizumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	<1><3>2021-11-01/<2><5>2023-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
75	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2024-01-01	3 lata	1129.0, Beksaroten	3200,00	3456,00	3663,36	3663,36	B.66.	bezpłatny	0 zł
76	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05413787220618	2023-03-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	8222,43	8880,22	9413,04	9413,04	B.47.	bezpłatny	0 zł
77	Binimetinib	Mektovi, tabl. powł., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2022-09-01	2 lata	1214.0, Binimetynib	9957,32	10753,91	11399,14	11399,14	B.59.	bezpłatny	0 zł
78	Blinatumomabum	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2023-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9245,21	9984,83	10583,91	10583,91	B.65.	bezpłatny	0 zł
79	Bosentanum	Bopaho, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	750,00	810,00	858,60	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
80	Bosentanum	Bosentan Ranbaxy, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991488529	2023-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	700,00	756,00	801,36	801,36	B.31.	bezpłatny	0 zł
81	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1250,00	1350,00	1431,00	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
82	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutinib	1855,10	2003,51	2123,72	2123,72	B.14.	bezpłatny	0 zł
83	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutinib	9275,50	10017,54	10618,59	10618,59	B.14.	bezpłatny	0 zł
84	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	<1>2023-01-01/<2>2024-01-01	<1>1 rok 8 miesięcy/<2>9 miesięcy	1142.0, Brentuksymbab vedotin	12000,00	12960,00	13737,60	13737,60	<1>B.66; <2>B.77.	bezpłatny	0 zł
85	Brexucabtagene autoleucl	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662	2023-09-01	2 lata	1226.2, Breksukabtagen autoleucl	1323000,00	1428840,00	1431000,00	1431000,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
86	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	16266,00	17567,28	18621,32	18621,30	B.6.	bezpłatny	0 zł
87	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2711,00	2927,88	3103,55	3103,55	B.6.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
88	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	8133,00	8783,64	9310,66	9310,65	B.6.	bezpłatny	0 zł
89	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2023-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	16266,00	17567,28	18621,32	16293,64	B.6.	bezpłatny	0 zł
90	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2024-01-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2636,68	2847,61	3018,47	3018,47	B.70.	bezpłatny	0 zł
91	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol.	05038903003915	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	12684,00	13698,72	14520,64	14520,64	B.151.	bezpłatny	0 zł
92	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol.	05038903003922	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	25368,00	27397,44	29041,29	29041,28	B.151.	bezpłatny	0 zł
93	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol.	05038903003939	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	38052,00	41096,16	43256,16	43256,16	B.151.	bezpłatny	0 zł
94	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 4,5 ml	05909991452742	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5040,00	5443,20	5769,79	2594,69	B.56.	bezpłatny	0 zł
95	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991452728	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5600,00	6048,00	6410,88	2882,99	B.56.	bezpłatny	0 zł
96	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 6 ml	05909991452735	2023-03-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	6720,00	7257,60	7693,06	3459,59	B.56.	bezpłatny	0 zł
97	Cabazitaxelum	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. 1,5 ml + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	08594739254732	2023-05-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	B.56.	bezpłatny	0 zł
98	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01/<3>2024-01-01	<1><2>2 lata/<3>6 miesięcy	1175.0, Kabozantynib	26160,00	28252,80	29947,97	14973,99	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
99	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01/<3>2024-01-01	<1><2>2 lata/<3>6 miesięcy	1175.0, Kabozantynib	26160,00	28252,80	29947,97	29947,97	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
100	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2023-05-01/<2>2022-05-01/<3>2024-01-01	<1><2>2 lata/<3>6 miesięcy	1175.0, Kabozantynib	26160,00	28252,80	29947,97	29947,97	<1>B.5.; <2>B.10.; <3>B.119.	bezpłatny	0 zł
101	Cannabidiolum	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. 100 ml	05055813900103	2024-01-01	2 lata	1294.0, Kannabidiol	4550,00	4914,00	5208,84	5208,84	<1>B.153.; <2>B.154.FM.	bezpłatny	0 zł
102	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	674,33	728,28	771,97	771,97	B.54.	bezpłatny	0 zł
103	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	2023,00	2184,84	2315,93	2315,91	B.54.	bezpłatny	0 zł
104	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2023-07-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	4046,00	4369,68	4631,86	4631,82	B.54.	bezpłatny	0 zł
105	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	<1>2023-01-01/<2>2023-05-01/<3>2023-11-01	2 lata	1231.0, Cemiplimab	17170,00	18543,60	19656,22	19656,22	<1>B.6.; <2>B.88.; <3>B.125.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
106	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3>2023-09-01/<4>2023-01-01/<5>2021-09-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2637,58	2848,59	3019,50	3019,50	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
107	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2023-03-01/<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1057.0, Cetuximab	3545,00	3828,60	4058,32	4058,30	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
108	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2023-03-01/<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1057.0, Cetuximab	709,00	765,72	811,66	811,66	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
109	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	300,00	324,00	343,44	343,44	B.39.	bezpłatny	0 zł
110	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
111	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2022-11-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	900,00	972,00	1030,32	1030,32	B.39.	bezpłatny	0 zł
112	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991417192	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	200,00	216,00	228,96	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
113	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05909991417253	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	400,00	432,00	457,92	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
114	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05909991417314	2022-03-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
115	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990016297	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	386,95	417,91	442,98	343,44	B.39.	bezpłatny	0 zł
116	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05909990016341	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	773,89	835,80	885,95	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
117	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05909990016389	2022-07-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	1160,84	1253,71	1328,93	1030,32	B.39.	bezpłatny	0 zł
118	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladyrybina	8653,00	9345,24	9905,95	9905,95	B.29.	bezpłatny	0 zł
119	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladyrybina	34612,00	37380,96	39540,96	39540,96	B.29.	bezpłatny	0 zł
120	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2022-11-01	2 lata	1200.0, Kladyrybina	51918,00	56071,44	58231,44	58231,44	B.29.	bezpłatny	0 zł
121	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powł., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2024-04-01	1 rok 6 miesięcy	1158.0, Kobimetynib	20000,00	21600,00	22896,00	22896,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
122	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotyrib	12907,80	13940,42	14776,85	14776,85	B.6.	bezpłatny	0 zł
123	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2022-09-01	3 lata	1151.0, Kryzotyrib	16134,75	17425,53	18471,07	18471,06	B.6.	bezpłatny	0 zł
124	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	16476,00	17794,08	18861,72	18861,69	B.59.	bezpłatny	0 zł
125	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	3844,40	4151,95	4401,06	4401,06	B.59.	bezpłatny	0 zł
126	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	24714,00	26691,12	28292,59	28292,53	B.59.	bezpłatny	0 zł
127	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2023-01-01	1 rok 6 miesięcy	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	5766,60	6227,93	6601,61	6601,59	B.59.	bezpłatny	0 zł
128	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	<1>2024-01-01/<2>2023-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	27113,80	29282,90	31039,88	31039,88	<1>B.54.; <2>B.145.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
129	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991275235	2023-01-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	6342,41	6849,80	7260,79	7260,79	B.54.	bezpłatny	0 zł
130	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991275228	2023-01-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	1585,61	1712,46	1815,21	1815,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
131	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 erytropoetę - darbepoetyna	126,00	136,08	144,24	117,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
132	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 erytropoetę - darbepoetyna	189,00	204,12	216,37	176,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
133	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 erytropoetę - darbepoetyna	252,00	272,16	288,49	235,00	B.37.	bezpłatny	0 zł
134	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 erytropoetę - darbepoetyna	315,00	340,20	360,61	293,74	B.37.	bezpłatny	0 zł
135	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 erytropoetę - darbepoetyna	378,00	408,24	432,73	352,49	B.37.	bezpłatny	0 zł
136	Darolutamidum	Nubeqa, tabl. powł., 300 mg	112 szt.	05908229303337	2024-04-01	2 lata	1241.0, Darolutamid	12236,00	13214,88	14007,77	14007,77	B.56.	bezpłatny	0 zł
137	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol.po 1,7 ml	05909990935024	2022-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	3286,85	3549,80	3762,78	3762,78	B.134.	bezpłatny	0 zł
138	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg	1 implant doszkliskowy z aplikatorem	05909990796663	<1>2023-07-01/<2>2023-09-01	2 lata	1161.1, Deksmetazon w postaci implantów do ciała szklistego	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	<1>B.70.; <2>B.105.	bezpłatny	0 zł
139	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	00646520415445	2022-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	946,00	1021,68	1082,98	541,49	B.29.	bezpłatny	0 zł
140	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	00646520415452	2022-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	3784,00	4086,72	4331,92	4331,92	B.29.	bezpłatny	0 zł
141	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	36648,72	39580,62	41740,62	41740,62	B.110.	bezpłatny	0 zł
142	Dostarlimabum	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991449872	2023-09-01	2 lata	1280.0, Dostarlimab	24173,91	26107,82	27674,29	27674,29	B.148.	bezpłatny	0 zł
143	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	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
144	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/<3>2024-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156.	bezpłatny	0 zł
145	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 wstrzyk. po 2 ml	05909991490614	2024-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	B.156.	bezpłatny	0 zł
146	Durwalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	2023-03-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9100,00	9828,00	10417,68	10417,67	B.6.	bezpłatny	0 zł
147	Durwalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	2023-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2184,00	2358,72	2500,24	2500,24	B.6.	bezpłatny	0 zł
148	Eculizumabum	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	08715131025755	2023-09-01	2 lata	1171.0, Eculizumab	11560,60	12485,45	13234,58	13234,58	B.96.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
149	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Eculizumab	12750,75	13770,81	14597,06	13234,58	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
150	Efgartigimod alfa	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. 20 ml	04150179912881	2024-04-01	2 lata	1297.0, Efgartigimod alfa	33500,00	36180,00	38340,00	38340,00	B.157.	bezpłatny	0 zł
151	Efinoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246488	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2400,00	2592,00	2747,52	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
152	Efinoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246495	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3600,00	3888,00	4121,28	3606,12	B.15.	bezpłatny	0 zł
153	Efinoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246501	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4800,00	5184,00	5495,04	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
154	Efinoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246457	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	600,00	648,00	686,88	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
155	Efinoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246518	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7200,00	7776,00	8242,56	7212,24	B.15.	bezpłatny	0 zł
156	Efinoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246464	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1200,00	1296,00	1373,76	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
157	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441673	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	B.15.	bezpłatny	0 zł
158	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441680	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	7780,00	8402,40	8906,54	8906,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
159	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441659	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	972,50	1050,30	1113,32	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
160	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441697	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	11670,00	12603,60	13359,82	13359,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
161	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441666	2023-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1945,00	2100,60	2226,64	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
162	Elbasvirum + Grazoprevirum	Zepatier, tabl. powł., 50+100 mg	28 szt.	05901549325102	2021-05-01	3 lata	1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir	39900,00	43092,00	45252,00	45252,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
163	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2024-04-01	9 miesięcy	1204.0, Eliglustat	75235,18	81253,99	83413,99	83413,99	B.23.	bezpłatny	0 zł
164	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.	08027950032181	2023-01-01	2 lata	1269.0, Elotuzumab	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	B.54.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
165	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.	08027950032198	2023-01-01	2 lata	1269.0, Elotuzumab	7733,33	8352,00	8853,12	8853,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
166	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2023-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	2979,84	3218,23	3411,32	3411,32	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
167	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2023-11-01/<2>2023-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	5959,68	6436,45	6822,64	6822,64	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
168	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2022-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	2706,67	2923,20	3098,60	2974,64	B.59.	bezpłatny	0 zł
169	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2022-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	5846,39	6314,10	6692,94	6692,94	B.59.	bezpłatny	0 zł
170	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991487430	2023-11-01	2 lata	1291.0, Enfortumab wedotyny	2813,00	3038,04	3220,32	3220,32	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
171	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991487447	2023-11-01	2 lata	1291.0, Enfortumab wedotyny	4219,50	4557,06	4830,48	4830,48	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
172	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	<1>2023-01-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	40,00	43,20	45,79	45,79	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
173	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991363826	2023-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	80,00	86,40	91,58	91,58	B.1.	bezpłatny	0 zł
174	Entecavirum	Entekavir Adamed, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	250,00	270,00	286,20	92,73	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
175	Entecavirum	Entekavir Adamed, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	500,00	540,00	572,40	185,46	B.1.	bezpłatny	0 zł
176	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	195,00	210,60	223,24	92,73	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
177	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05055565742549	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	390,00	421,20	446,47	185,46	B.1.	bezpłatny	0 zł
178	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991369576	<1>2022-03-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok 3 miesiące	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	81,00	87,48	92,73	92,73	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
179	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991369590	2022-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	162,00	174,96	185,46	185,46	B.1.	bezpłatny	0 zł
180	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	07613326024891	<1>2023-01-01/<2>2023-11-01	2 lata	1270.0, Entrectynib	4439,74	4794,92	5082,61	5082,61	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
181	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg	90 szt.	07613326024624	<1>2023-01-01/<2>2023-11-01	2 lata	1270.0, Entrektytib	26638,42	28769,49	30495,67	30495,66	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
182	Enzalutamidum	Xtandi, tabl. powł., 40 mg	112 szt.	05909991415242	2024-04-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	9234,00	9972,72	10571,08	10571,08	B.56.	bezpłatny	0 zł
183	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	150,00	162,00	171,72	137,38	B.37.	bezpłatny	0 zł
184	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	300,00	324,00	343,44	274,75	B.37.	bezpłatny	0 zł
185	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	450,00	486,00	515,16	412,13	B.37.	bezpłatny	0 zł
186	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	600,00	648,00	686,88	549,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
187	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg	1 fiol.	05909991089085	2023-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	87,30	94,28	99,94	99,94	B.31.	bezpłatny	0 zł
188	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg	1 fiol.	05909991089092	2023-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	261,90	282,85	299,82	299,82	B.31.	bezpłatny	0 zł
189	Erenumabum	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	07613421024604	2022-07-01	2 lata	1245.0, Erenumab	1827,82	1974,05	2092,49	2092,49	B.133.	bezpłatny	0 zł
190	Esketaminum	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg	1 fiol. po 28 mg	05413868117400	2023-07-01	2 lata	1278.0, Esketamina	836,72	903,66	957,87	957,87	B.147.	bezpłatny	0 zł
191	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	510,00	550,80	583,85	583,85	B.33.	bezpłatny	0 zł
192	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania 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>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1275,00	1377,00	1459,62	1459,62	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
193	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990618255	2021-11-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2550,00	2754,00	2919,24	2175,12	B.47.	bezpłatny	0 zł
194	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	2550,00	2754,00	2919,24	2175,12	B.47.	bezpłatny	0 zł
195	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	950,00	1026,00	1087,56	1087,56	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
196	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strzyk.	08712371016697	2023-05-01	2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.82.	bezpłatny	0 zł



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
197	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-stryk.	09002260025794	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
198	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	08712371016680	2023-05-01	2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.; B.82.	bezpłatny	0 zł
199	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2023-01-01	<1><2><3><5>2 lata/<4>3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1900,00	2052,00	2175,12	2175,12	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
200	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	10125,00	10935,00	11591,10	11591,10	B.89.	bezpłatny	0 zł
201	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	3637,50	3928,50	4164,21	4164,21	B.89.	bezpłatny	0 zł
202	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	7275,00	7857,00	8328,42	8328,42	B.89.	bezpłatny	0 zł
203	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2024-04-01	1 rok 3 miesiące	1198.0, Ewolokumab	1574,20	1700,14	1802,14	1802,14	B.101.	bezpłatny	0 zł
204	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	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
205	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	840,00	907,20	961,63	961,63	B.15.	bezpłatny	0 zł
206	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	1710,00	1846,80	1957,61	1602,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
207	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	855,00	923,40	978,80	801,36	B.15.	bezpłatny	0 zł
208	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml	05909991213695	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
209	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909991213688	2022-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
210	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	1260,00	1360,80	1442,45	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
211	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	315,00	340,20	360,61	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
212	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	630,00	680,40	721,22	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
213	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania 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	1710,00	1846,80	1957,61	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
214	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania 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	427,50	461,70	489,40	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
215	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania 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	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
216	Farycymab	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 fiol. 0,24 ml + 1 igła	07613326050708	2024-01-01	2 lata	1293.0, Farycymab	3098,33	3346,20	3546,97	3546,97	B.70.	bezpłatny	0 zł
217	Fedratinibum	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg	120 szt.	07640133688596	2022-07-01	2 lata	1247.0, Fedratynib	20257,50	21878,10	23190,79	23190,79	B.81.	bezpłatny	0 zł
218	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05430002329178	<1>2023-05-01/<2>2023-07-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	<1>B.55.; <2>B.33.	bezpłatny	0 zł
219	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909990856480	2022-11-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	4714,87	5092,06	5397,58	5397,58	B.29.	bezpłatny	0 zł
220	Fremanezumabum	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	05909991396497	2022-07-01	2 lata	1246.0, Fremanezumab	1750,00	1890,00	2003,40	2003,40	B.133.	bezpłatny	0 zł
221	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05415062328576	2022-09-01	2 lata	1251.0, Gemtuzumab ozogamicyny	26000,00	28080,00	29764,80	29764,80	B.114.	bezpłatny	0 zł
222	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2022-09-01	2 lata	1250.0, Gilteritynib	84118,51	90847,99	93007,99	93007,99	B.114.	bezpłatny	0 zł
223	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046	2022-01-01	4 lata	1237.0, Giwosyran	159215,68	171952,93	174112,93	174112,93	B.128.FM.	bezpłatny	0 zł
224	Glatirameri acetatas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp-strzyk.	05909990017065	2022-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetatas	2750,00	2970,00	3148,20	2470,48	B.29.	bezpłatny	0 zł
225	Glatirameri acetatas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991216382	2022-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetatas	2750,00	2970,00	3148,20	2117,55	B.29.	bezpłatny	0 zł
226	Glatirameri acetatas	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 acetatas	2158,00	2330,64	2470,48	2470,48	B.29.	bezpłatny	0 zł
227	Glatirameri acetatas	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 acetatas	1850,00	1998,00	2117,88	2117,55	B.29.	bezpłatny	0 zł
228	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powł., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2022-09-01	3 lata	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	45239,04	48858,16	51018,16	51018,16	B.71.	bezpłatny	0 zł
229	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	717,40	774,79	821,28	821,28	B.140.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
230	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2022-09-01	2 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2567,25	2772,63	2938,99	2938,99	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
231	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2023-03-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8379,00	9049,32	9592,28	9592,28	B.47.	bezpłatny	0 zł
232	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413868116687	2023-05-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8340,00	9007,20	9547,63	9547,63	B.35.	bezpłatny	0 zł
233	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	120 szt.	05909991195144	2023-05-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	28800,00	31104,00	32970,24	32970,24	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
234	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05413868117011	<1>2023-05-01<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	10100,00	10908,00	11562,48	8242,56	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
235	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	90 szt.	05909991195137	2024-04-01	1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	21600,00	23328,00	24727,68	24727,68	B.79.	bezpłatny	0 zł
236	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 280 mg	30 szt.	05413868117028	<1>2023-05-01<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	20200,00	21816,00	23124,96	16485,12	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
237	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 420 mg	30 szt.	05413868117035	<1>2023-05-01<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	30300,00	32724,00	34687,44	24727,68	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
238	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 560 mg	30 szt.	05413868117042	2023-05-01	2 lata	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutinib	40400,00	43632,00	45792,00	32970,24	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
239	Idursulfasum	Elapraxe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	05909990053742	2023-01-01	3 lata	1062.0, Idursulfase	9689,18	10464,31	11092,17	11092,17	B.25.	bezpłatny	0 zł
240	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 amp. 1 ml	05908229300633	2022-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1667,82	1801,25	1909,32	1909,32	B.31.	bezpłatny	0 zł
241	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2022-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1250,00	1350,00	1431,00	1363,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
242	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	5368,29	5797,75	6145,62	6145,62	B.23.	bezpłatny	0 zł
243	Imlifidasum	Idefrix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033	2022-09-01	2 lata	1252.0, Imlifidaza	678105,00	732353,40	734513,40	734513,40	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
244	Imlifidasum	Idefrix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040	2022-09-01	2 lata	1252.0, Imlifidaza	1356210,00	1464706,80	1466866,80	1466866,80	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
245	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	1120,00	1209,60	1282,18	1282,18	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
246	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	2240,00	2419,20	2564,35	2564,35	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
247	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	600,00	648,00	686,88	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
248	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	1200,00	1296,00	1373,76	1190,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
249	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	300,00	324,00	343,44	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
250	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	3000,00	3240,00	3434,40	2976,50	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
251	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	9000,00	9720,00	10303,20	10303,20	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
252	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
253	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1190,59	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
254	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2080,00	2246,40	2381,18	2381,18	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
255	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2022-11-01/<2>2023-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	260,00	280,80	297,65	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
256	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	2976,50	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
257	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	6000,00	6480,00	6868,80	5953,00	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
258	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	750,00	810,00	858,60	744,13	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
259	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	9000,00	9720,00	10303,20	8929,50	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
260	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	2023-05-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1500,00	1620,00	1717,20	1488,25	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
261	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	300,00	324,00	343,44	257,58	<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. 100 ml	05909990425174	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2022-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	2575,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
263	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	6000,00	6480,00	6868,80	5151,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
264	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	750,00	810,00	858,60	643,95	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
265	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	9000,00	9720,00	10303,20	7727,40	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
266	Immunoglobulinum humanum normale	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	1500,00	1620,00	1717,20	1287,90	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
267	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	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
268	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	6000,00	6480,00	6868,80	5151,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
269	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	562,50	607,50	643,95	643,95	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
270	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	1125,00	1215,00	1287,90	1287,90	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
271	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	1125,00	1215,00	1287,90	1287,90	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
272	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	2250,00	2430,00	2575,80	2575,80	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
273	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	562,50	607,50	643,95	643,95	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
274	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2022-11-01	2 lata	1261.0, Inclisiran	9999,00	10798,92	11446,86	11446,86	B.101.	bezpłatny	0 zł
275	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>3 lata/<2><3><4><6>2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	870,00	939,60	995,98	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
276	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<1><6>2024-01-01/<2><3><4><5>2023-09-01	2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
277	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><2><3><4><6>2024-04-01/<5>2022-03-01	<1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	750,00	810,00	858,60	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
278	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2023-01-01	2 lata	1219.0, Inotuzumab ozogamicyny	39790,00	42973,20	45133,20	45133,20	B.65.	bezpłatny	0 zł
279	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	2146,00	2317,68	2456,74	2456,74	B.29.	bezpłatny	0 zł
280	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	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
281	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	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
282	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	3213,00	3470,04	3678,24	3678,24	B.29.	bezpłatny	0 zł
283	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	3213,00	3470,04	3678,24	3678,24	B.29.	bezpłatny	0 zł
284	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990872442	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	12613,80	13622,90	14440,28	14162,90	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59.	bezpłatny	0 zł
285	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990872459	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	50455,19	54491,61	56651,61	56651,61	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59.	bezpłatny	0 zł
286	Isatuximabum	Sarleisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 25 ml	05909991427832	2023-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	9814,05	10599,17	11235,12	11235,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
287	Isatuximabum	Sarleisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909991427818	2023-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	1962,81	2119,83	2247,03	2247,03	B.54.	bezpłatny	0 zł
288	Ivacafortum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	21547,38	B.112.	bezpłatny	0 zł
289	Ivacafortum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
290	Ivacafortum	Kalydeco, granulata w saszetce, 50 mg	56 szt.	00351167112205	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
291	Ivacafortum	Kalydeco, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	21547,38	B.112.	bezpłatny	0 zł
292	Ivacafortum	Kalydeco, granulata w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2023-07-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	46650,00	50382,00	52542,00	52542,00	B.112.	bezpłatny	0 zł
293	Ivacafortum + Lumacaftorum	Orkambi, granulata, 125+100 mg	56 sasz.	00351167131701	2024-04-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
294	Ivacafortum + Lumacaftorum	Orkambi, granulata, 188+150 mg	56 sasz.	00351167131800	2024-04-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
295	Ivacafortum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 150+100 mg	28 szt.	00351167136102	2024-04-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
296	Ivacafortum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 75+50 mg	28 szt.	00351167144404	2024-04-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
297	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powł., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902	2024-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, elexakaftor	43879,49	47389,85	49549,85	49549,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
298	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	14481,72	B.54.	bezpłatny	0 zł
299	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
300	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2023-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
301	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2023-01-01/<2><4>2022-07-01/<3>2022-11-01	<1><2><4>2 lata/<3>3 lata	1184.0, Iksekizumab	8593,38	9280,85	9837,70	9837,70	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82.	bezpłatny	0 zł
302	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powł., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2023-03-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	157,13	169,70	179,88	179,88	B.113.	bezpłatny	0 zł
303	Lamivudinum	Lamivudine Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991464127	2023-03-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	74,60	80,57	85,41	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
304	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2022-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	99,54	107,50	113,95	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
305	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-strzyk.	00642621076103	2023-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	53918,00	58231,44	60391,44	60391,44	B.122.	bezpłatny	0 zł
306	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 fiol.	05060147027884	2023-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	53918,00	58231,44	60391,44	60391,44	B.122.	bezpłatny	0 zł
307	Lapatynibum	Brastib, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909991507831	2024-01-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
308	Lapatynibum	Brastib, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909991507817	2024-01-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
309	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2023-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	5979,16	6457,49	6844,94	4579,20	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
310	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2023-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2989,58	3228,75	3422,47	2289,60	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
311	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	2134,00	2304,72	2443,00	2443,00	B.24.	bezpłatny	0 zł
312	Larotrectinibum	Vittrakvi, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	04057598011815	2023-03-01	2 lata	1272.0, Larotrectynib	19775,77	21357,83	22639,31	22639,28	B.144.	bezpłatny	0 zł
313	Larotrectinibum	Vittrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml	2 butelki 50 ml	04057598012287	2023-05-01	2 lata	1272.0, Larotrectynib	7062,77	7627,79	8085,46	8085,46	B.144.	bezpłatny	0 zł
314	Larotrectinibum	Vittrakvi, kaps. twarde, 25 mg	56 szt.	04057598011792	2023-03-01	2 lata	1272.0, Larotrectynib	4943,93	5339,44	5659,82	5659,82	B.144.	bezpłatny	0 zł
315	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg	28 szt.	05391507141217	2022-11-01	3 lata	1135.3, Lek przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir	51999,00	56158,92	58318,92	58318,92	B.71.	bezpłatny	0 zł
316	Letemovir	Prevymis, tabl. powł., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2022-07-01	2 lata	1248.0, Letemowir	18000,00	19440,00	20606,40	20606,40	B.132.	bezpłatny	0 zł
317	Letemovir	Prevymis, tabl. powł., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2022-07-01	2 lata	1248.0, Letemowir	36000,00	38880,00	41040,00	41040,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
318	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	2568,08	2773,53	2939,93	2939,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
319	Levofloxacinum	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg	56 amp.	08025153003014	2023-11-01	1 rok 4 miesiące	1234.0, Lewofloksacyna	9950,00	10746,00	11390,76	11390,76	B.27.	bezpłatny	0 zł
320	L-karnityna	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sasz.	05016533045017	2024-04-01	3 lata	1205.0, L-Karnityna	1920,08	2016,08	2137,04	2137,04	B.109.	bezpłatny	0 zł
321	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05397203001220	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	106040,88	B.101.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
322	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05397203001237	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	106040,88	B.101.	bezpłatny	0 zł
323	Lomitapidum	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05397203001213	2023-09-01	2 lata	1281.0, Lomitapid	96186,00	103880,88	106040,88	53020,44	B.101.	bezpłatny	0 zł
324	Lonotocog 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 recombinante	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
325	Lonotocog 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 recombinante	3150,00	3402,00	3606,12	3606,12	B.15.	bezpłatny	0 zł
326	Lonotocog 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 recombinante	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
327	Lonotocog 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 recombinante	525,00	567,00	601,02	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
328	Lonotocog 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 recombinante	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
329	Lonotocog 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 recombinante	6300,00	6804,00	7212,24	7212,24	B.15.	bezpłatny	0 zł
330	Lonotocog 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 recombinante	1050,00	1134,00	1202,04	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
331	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2023-09-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	18525,67	20007,72	21208,19	21208,19	B.6.	bezpłatny	0 zł
332	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2023-09-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	13894,25	15005,79	15906,14	15906,14	B.6.	bezpłatny	0 zł
333	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138	2022-03-01	4 lata	1238.0, Lumazyran	306870,45	331420,09	333580,09	333580,09	B.129.FM.	bezpłatny	0 zł
334	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	1 fiol.	07640133688244	2023-01-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	6577,10	7103,27	7529,47	7529,47	B.142.	bezpłatny	0 zł
335	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg	1 fiol.	07640133688251	2023-01-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	19731,30	21309,80	22588,39	22588,39	B.142.	bezpłatny	0 zł
336	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	85000,00	91800,00	93960,00	93960,00	B.139.	bezpłatny	0 zł
337	Macitentanum	Opsumit, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	07640111931133	2023-11-01	2 lata	1139.0, Macytentan	7137,43	7708,42	8170,93	8170,93	B.31.	bezpłatny	0 zł
338	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2023-09-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2467,53	2664,93	2824,83	2824,83	B.20.	bezpłatny	0 zł
339	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampulko-strzykawka	05909991407148	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	B.44.	bezpłatny	0 zł
340	Mepolizumabum	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991246617	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	B.44.	bezpłatny	0 zł
341	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	B.44.	bezpłatny	0 zł



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
342	Mercaptamini bitartras	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	03663502001011	2023-09-01	2 lata	1084.1, Cysteamina	880,00	950,40	1007,42	1007,42	B.61.	bezpłatny	0 zł
343	Mercaptamini hydrochloridum	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml	1 fiol. 5 ml	036635020000274	2022-11-01	2 lata	1084.2, Cysteamina do oczu	4570,00	4935,60	5231,74	5231,74	B.61.	bezpłatny	0 zł
344	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2023-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	52028,22	56190,48	58350,48	58350,48	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
345	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2023-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	26014,11	28095,24	29780,96	29780,96	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
346	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2022-11-01	2 lata	1215.0, Migalastatum	59787,86	64570,89	66730,89	66730,89	B.104.	bezpłatny	0 zł
347	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819515	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2400,00	2592,00	2747,52	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
348	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990010554	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4800,00	5184,00	5495,04	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
349	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819317	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	600,00	648,00	686,88	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
350	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819416	2023-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1200,00	1296,00	1373,76	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
351	Natalizumabum	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 amp.-strzyk.	05713219560252	2024-04-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
352	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2022-11-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
353	Nilotinibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2023-11-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	9804,13	10588,46	11223,77	11223,77	B.14.	bezpłatny	0 zł
354	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	<1>2022-03-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	4850,00	5238,00	5552,28	5552,28	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
355	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	<1>2022-03-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1173.0, Nintedanib	8600,00	9288,00	9845,28	8328,42	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
356	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	9021,41	9743,12	10327,71	10327,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
357	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991203887	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	5733,33	6192,00	6563,52	5163,86	B.6.	bezpłatny	0 zł
358	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2022-09-01	2 lata 2 miesiące	1178.0, Nintedanib - 2	8600,00	9288,00	9845,28	7745,78	B.6.	bezpłatny	0 zł
359	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	05909991425487	2024-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	17605,00	19013,40	20154,20	20154,20	B.50.	bezpłatny	0 zł
360	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	84 szt.	05909991425494	2024-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	26407,50	28520,10	30231,31	30231,30	B.50.	bezpłatny	0 zł
361	Nitisinonum	Orfiadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	07350031442182	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	5850,00	6318,00	6697,08	6697,08	B.76.	bezpłatny	0 zł
362	Nitisinonum	Orfiadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	07350031442267	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	1170,00	1263,60	1339,42	1339,42	B.76.	bezpłatny	0 zł
363	Nitisinonum	Orfiadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	07350031441833	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	11700,00	12636,00	13394,16	13394,16	B.76.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
364	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	07350031442229	2022-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynon	2925,00	3159,00	3348,54	3348,54	B.76.	bezpłatny	0 zł
365	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2022-09-01/<8>2023-11-01	<1><2><3><5><6><7><8>2 lata/<4>2 lata 8 miesięcy	1144.0, Niwolumab	5915,61	6388,86	6772,19	6772,18	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.52.; <5>B.58.; <6>B.59.; <7>B.77.; <8>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
366	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1>2023-03-01/<2>2023-01-01/<3>2022-05-01/<4><5><6>2023-09-01/<7>2022-09-01/<8>2023-11-01	<1><2><3><5><6><7><8>2 lata/<4>2 lata 8 miesięcy	1144.0, Niwolumab	2366,24	2555,54	2708,87	2708,87	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.52.; <5>B.58.; <6>B.59.; <7>B.77.; <8>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
367	Niwolumab + Relatlimab	Opdulag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg	1 fiol. 20 ml	08027950800476	2024-04-01	2 lata	1144.1, Niwolumab + Relatlimab	28526,00	30808,08	32656,56	32656,56	B.59.	bezpłatny	0 zł
368	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 recombinante	2397,84	2589,67	2745,05	2745,05	B.15.	bezpłatny	0 zł
369	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 recombinante	4795,68	5179,33	5490,09	5490,09	B.15.	bezpłatny	0 zł
370	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 recombinante	599,46	647,42	686,26	686,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
371	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 recombinante	1198,92	1294,83	1372,53	1372,53	B.15.	bezpłatny	0 zł
372	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	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
373	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	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
374	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	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
375	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	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
376	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	2023-09-01	1 rok 2 miesiące	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
377	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2023-01-01	3 lata	1185.0, Nusinersen	301000,00	325080,00	327240,00	327240,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
378	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2024-01-01/<2>2023-09-01	<1>6 miesięcy/<2>10 miesięcy	1148.0, Obinutuzumab	10650,00	11502,00	12192,12	12192,12	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
379	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	20833,00	22499,64	23849,62	23849,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
380	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 recombinante	2470,00	2667,60	2827,66	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
381	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224357	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3705,00	4001,40	4241,48	3606,12	B.15.	bezpłatny	0 zł
382	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697441	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4940,00	5335,20	5655,31	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
383	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224302	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	617,50	666,90	706,91	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
384	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697458	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7410,00	8002,80	8482,97	7212,24	B.15.	bezpłatny	0 zł
385	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224333	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1235,00	1333,80	1413,83	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
386	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odeviksybat	61258,68	66159,37	68319,37	68319,37	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
387	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odeviksybat	10209,78	11026,56	11688,16	11688,16	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
388	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odeviksybat	20419,56	22053,12	23376,31	23376,31	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
389	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odeviksybat	30629,34	33079,69	35064,47	35064,47	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
390	Ofatumumabum	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	1 wstrz.	07613421040123	2022-11-01	2 lata	1257.0, Ofatumumab	5553,35	5997,62	6357,47	6357,47	B.29.	bezpłatny	0 zł
391	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05000456031325	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01/<3>2023-03-01/<4>2022-11-01	<1><3><4>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1149.0, Olaparyb	9802,00	10586,16	11221,33	11221,33	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.	bezpłatny	0 zł
392	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05000456031318	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01/<3>2023-03-01/<4>2022-11-01	<1><3><4>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1149.0, Olaparyb	9802,00	10586,16	11221,33	11221,33	<1>B.9.FM.; <2>B.50.; <3>B.56.; <4>B.85.	bezpłatny	0 zł
393	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508	2024-04-01	2 lata	1296.0, Olipudaza alfa	14860,00	16048,80	17011,73	17011,73	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
394	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696	2024-04-01	2 lata	1296.0, Olipudaza alfa	2972,00	3209,76	3402,35	3402,35	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł
395	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk. 1 ml	05909990708406	2024-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	1296,14	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
396	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909990708376	2024-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	648,08	B.44.	bezpłatny	0 zł
397	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
398	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
399	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
400	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
401	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
402	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
403	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
404	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
405	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
406	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
407	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
408	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
409	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
410	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
411	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
412	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
413	Onasemnogenum abeparovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparowek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
414	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	5 fioł. 8,3 ml	05397227701175	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparvovek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
415	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	6 fioł. 8,3 ml	05397227702820	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparvovek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
416	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	7 fioł. 8,3 ml	05397227702851	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparvovek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
417	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	8 fioł. 8,3 ml	05397227702882	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparvovek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
418	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	9 fioł. 8,3 ml	05397227702912	2022-09-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparvovek	8350000,00	9018000,00	9020160,00	9020160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
419	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2023-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	13165,20	B.6.	bezpłatny	0 zł
420	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2023-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
421	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg	7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg)	07640133688220	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	1293,74	1397,24	1481,07	528,96	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
422	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg	28 szt.	07640133688237	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	5174,96	5588,96	5924,30	5924,30	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
423	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fioł.po 100 mg	05909990930265	2024-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	861,90	930,85	986,70	986,70	B.85.	bezpłatny	0 zł
424	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 100 mg	21 szt.	05415062353684	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	10188,72	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
425	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 125 mg	21 szt.	05415062353691	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	10188,72	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
426	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 75 mg	21 szt.	05415062353677	2023-09-01	2 lata	1194.0, Palbocyklib	8900,00	9612,00	10188,72	7641,54	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
427	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2023-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1468,25	1585,71	1680,86	1680,86	B.40.	bezpłatny	0 zł
428	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2023-03-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	2936,50	3171,42	3361,71	3361,71	B.40.	bezpłatny	0 zł
429	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fioł.po 20 ml	05909990646555	2022-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.4.	bezpłatny	0 zł
430	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fioł.po 5 ml	05909990646531	2022-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.4.	bezpłatny	0 zł
431	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fioł.a 1 ml	04046241091243	2024-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	58,50	63,18	66,97	66,97	B.39.	bezpłatny	0 zł
432	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fioł.a 1 ml	04046241079906	2024-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	146,25	157,95	167,43	167,43	B.39.	bezpłatny	0 zł
433	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003534	2024-04-01	<1>6 miesięcy/<2>2 lata	1174.0, Pasyreotyd	8701,88	9398,03	9961,91	6893,13	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
434	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003527	2024-04-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9031,88	9754,43	10339,69	10339,69	B.118.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
435	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502003510	2024-04-01	<1>6 miesięcy/<2>2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9031,88	9754,43	10339,69	10339,69	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
436	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiolki	03663502003503	2024-04-01	6 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	9995,62	10795,27	11442,99	11442,99	B.99.	bezpłatny	0 zł
437	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990764877	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	2070,00	2235,60	2369,74	2369,74	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
438	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	90 szt.	05909990764884	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	6210,00	6706,80	7109,21	7109,21	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
439	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990764891	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	4140,00	4471,20	4739,47	4739,47	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
440	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	60 szt.	05909990764907	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	8280,00	8942,40	9478,94	9478,94	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
441	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	1 fiol. 20 ml	07350031443950	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	16055,00	17339,40	18379,76	18379,76	B.96.	bezpłatny	0 zł
442	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	8 fiol. 20 ml	07350031443967	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	128440,00	138715,20	140875,20	140875,20	B.96.	bezpłatny	0 zł
443	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
444	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
445	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
446	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	2847,33	3075,12	3259,62	3259,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
447	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	2847,33	3075,12	3259,62	3259,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
448	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	2847,33	3075,12	3259,62	2047,04	B.29.	bezpłatny	0 zł
449	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2022-09-01	1 rok 10 miesięcy	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2847,33	3075,12	3259,62	2047,04	B.29.	bezpłatny	0 zł
450	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006281	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegvisomant	6930,00	7484,40	7933,46	7933,46	B.99.	bezpłatny	0 zł
451	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006298	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegvisomant	10395,00	11226,60	11900,20	11900,19	B.99.	bezpłatny	0 zł
452	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315958	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegvisomant	13860,00	14968,80	15866,93	15866,92	B.99.	bezpłatny	0 zł
453	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315965	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegvisomant	17325,00	18711,00	19833,66	19833,65	B.99.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
454	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><6>2023-03-01/<2><7>2023-01-01/<5>2022-09-01/<3>2023-07-01/<4>2023-09-01/<8>2024-04-01	2 lata	1143.0, Pembrolizumab	13039,48	14082,64	14927,60	14927,60	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.9.FM.; <4>B.10.; <5>B.52.; <6>B.58.; <7>B.59.; <8>B.159.	bezpłatny	0 zł
455	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2024-04-01	3 lata	1147.0, Pertuzumab	8874,00	9583,92	10158,96	10158,96	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
456	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991497118	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2310,80	B.87.	bezpłatny	0 zł
457	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991497125	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	504,63	545,00	577,70	577,70	B.87.	bezpłatny	0 zł
458	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991497156	2023-09-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2018,52	2180,00	2310,80	2310,80	B.87.	bezpłatny	0 zł
459	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991494223	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2518,56	B.87.	bezpłatny	0 zł
460	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991494193	2023-11-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	479,40	517,75	548,81	548,81	B.87.	bezpłatny	0 zł
461	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991494230	2023-05-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2200,00	2376,00	2518,56	2518,56	B.87.	bezpłatny	0 zł
462	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	07613421107284	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2520,00	2721,60	2884,90	2884,88	B.87.	bezpłatny	0 zł
463	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	07613421107277	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	630,00	680,40	721,22	721,22	B.87.	bezpłatny	0 zł
464	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	07613421107291	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2520,00	2721,60	2884,90	2884,88	B.87.	bezpłatny	0 zł
465	Pixantroni dimaleas	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg	1 fiol.	05909991206475	2022-05-01	2 lata	1165.0, Piksantron	1235,66	1334,51	1414,58	1414,58	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
466	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg	1 fiol. proszku	07613326024143	2024-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	41973,00	45330,84	47490,84	47490,84	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
467	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. proszku	07613326029353	2024-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	8994,21	9713,75	10296,57	10296,57	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
468	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	14 szt.	05909991398477	2024-04-01	3 miesiące	1182.0, Pomalidomid	22885,33	24716,16	26199,13	13078,08	B.54.	bezpłatny	0 zł
469	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05909991185589	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	34328,00	37074,24	39234,24	19617,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
470	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	14 szt.	05909991398484	2024-04-01	3 miesiące	1182.0, Pomalidomid	22885,33	24716,16	26199,13	26156,16	B.54.	bezpłatny	0 zł
471	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05909991185596	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	34328,00	37074,24	39234,24	39234,24	B.54.	bezpłatny	0 zł
472	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	14 szt.	05909991398491	2024-04-01	3 miesiące	1182.0, Pomalidomid	22885,33	24716,16	26199,13	26199,13	B.54.	bezpłatny	0 zł
473	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991185602	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	34328,00	37074,24	39234,24	39234,24	B.54.	bezpłatny	0 zł
474	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg	14 szt.	05909991398507	2024-04-01	3 miesiące	1182.0, Pomalidomid	22885,33	24716,16	26199,13	26199,13	B.54.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
475	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 4 mg	21 szt.	05909991185619	2022-11-01	1 rok 8 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	34328,00	37074,24	39234,24	39234,24	B.54.	bezpłatny	0 zł
476	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2023-07-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	17475,75	18873,81	20006,24	13337,49	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
477	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2023-07-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	17475,75	18873,81	20006,24	20006,24	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
478	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	05413868120363	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
479	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	04150172422851	2023-07-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
480	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2022-11-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
481	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139	2022-09-01	2 lata	1253.0, Pretomanid	14310,00	15454,80	16382,09	16382,09	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
482	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	3360,00	3628,80	3846,53	3846,53	B.58.	bezpłatny	0 zł
483	Ranibizumab	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml	05909990000005	2023-01-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	2607,00	2815,56	2984,49	1946,16	B.70.	bezpłatny	0 zł
484	Ranibizumab	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml + igła z filtrem	05909991497316	2023-05-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1700,00	1836,00	1946,16	1946,16	B.70.	bezpłatny	0 zł
485	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg	1 fiol. 11 ml	05391527740162	2023-09-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	71401,00	77113,08	79273,08	79273,08	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
486	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 3 ml	05391527740179	2023-09-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	19473,00	21030,84	22292,69	22292,69	B.95.; B.96.	bezpłatny	0 zł
487	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powł., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2022-09-01	2 lata	1195.0, Rybocyklib	9506,78	10267,32	10883,37	10883,37	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
488	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	2158,95	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
489	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1 mg	42 szt.	05908229300336	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
490	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
491	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2 mg	42 szt.	05908229300398	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
492	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
493	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 wstrzyk.po 1 ml	08054083023021	<1>2023-05-01/<2>2023-03-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
494	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml	2 ampulko-strzykawkii + 2 gaziki nasączone alkoholem	08054083019277	<1>2023-05-01/<2>2023-03-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
495	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	35625,21	38475,23	40635,23	40635,23	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
496	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><6>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>6 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2036,70	2199,64	2331,61	1097,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
497	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><6>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>6 miesięcy	1035.0, Rituximabum	5093,10	5500,55	5830,59	2744,65	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
498	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
499	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,65	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
500	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
501	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98.; <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
502	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	<1>2023-05-01/<2>2022-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1126,98	1217,14	1290,17	1290,17	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
503	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	<1>2023-05-01/<2>2022-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2253,96	2434,28	2580,34	2580,34	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
504	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 100 mg	12 szt.	05909991458720	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1093,78	1181,28	1252,16	1252,16	B.37.	bezpłatny	0 zł
505	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 150 mg	12 szt.	05909991458737	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	1640,68	1771,93	1878,25	1878,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
506	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 20 mg	12 szt.	05909991458690	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	218,79	236,29	250,47	250,43	B.37.	bezpłatny	0 zł
507	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 50 mg	12 szt.	05909991458706	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	546,89	590,64	626,08	626,08	B.37.	bezpłatny	0 zł
508	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 70 mg	12 szt.	05909991458713	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	765,63	826,88	876,50	876,50	B.37.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
509	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067125	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2450,00	2646,00	2804,76	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
510	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	00642621067132	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4900,00	5292,00	5609,52	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
511	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067101	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	612,50	661,50	701,19	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
512	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067118	2023-05-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1225,00	1323,00	1402,38	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
513	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991198282	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitymib	12056,25	13020,75	13802,00	9201,33	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
514	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitymib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
515	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitymib	12056,25	13020,75	13802,00	13802,00	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
516	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1152.0, Ruksolitymib	6028,13	6510,38	6901,01	4600,67	<1>B.81.; <2>B.149.	bezpłatny	0 zł
517	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	4300,00	4644,00	4922,64	4922,64	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
518	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322	2022-11-01	2 lata	1260.0, Satralizumab	30500,00	32940,00	34916,40	34916,40	B.138.FM.	bezpłatny	0 zł
519	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	2 amp.-strz./2 wstrz.	05909991203832	<1>2023-07-01/<2><3>2022-11-01/<4>2023-03-01/<5>2022-07-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4093,86	4421,37	4686,65	4686,65	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
520	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421040130	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4093,86	4421,37	4686,65	4686,65	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.	bezpłatny	0 zł
521	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 75 mg	1 amp.-strz. 0,5 ml	07613421049416	2023-09-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	1023,47	1105,35	1171,67	1171,66	<1>B.33.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
522	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	62000,00	66960,00	69120,00	69120,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
523	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	74400,00	80352,00	82512,00	82512,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
524	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	86800,00	93744,00	95904,00	95904,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
525	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	99200,00	107136,00	109296,00	109296,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
526	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	28933,33	31248,00	33122,88	33122,88	B.31.	bezpłatny	0 zł
527	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	12400,00	13392,00	14195,52	14195,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
528	Selexipagum	Upravi, tabl. powł., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	24800,00	26784,00	28391,04	28391,04	B.31.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
529	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	37200,00	40176,00	42336,00	42336,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
530	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2023-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	49600,00	53568,00	55728,00	55728,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
531	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	9991,81	10791,15	11438,63	11331,15	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
532	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	39967,22	43164,60	45324,60	45324,60	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
533	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	05000456070058	2024-01-01	2 lata	1295.0, Selumetyrib	21495,34	23214,97	24607,86	24607,86	B.155.	bezpłatny	0 zł
534	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg	60 szt.	05000456070065	2024-01-01	2 lata	1295.0, Selumetyrib	53738,34	58037,41	60197,41	60197,41	B.155.	bezpłatny	0 zł
535	Sildenafil citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2023-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	50,00	54,00	57,24	57,24	B.31.	bezpłatny	0 zł
536	Sildenafilum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05055565731932	2022-09-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	200,00	216,00	228,96	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
537	Sildenafilum	Remidia, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060610545	2022-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	90,00	97,20	103,03	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
538	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 but. po 112 ml	05909990967780	2022-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	827,33	893,52	947,13	64,11	B.31.	bezpłatny	0 zł
539	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991355715	2021-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	200,00	216,00	228,96	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
540	Sildenafilum	Silungo, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991408299	2022-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	400,00	432,00	457,92	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
541	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	2296,91	2480,66	2629,50	2629,50	B.131.	bezpłatny	0 zł
542	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	9187,64	9922,65	10518,01	10518,00	B.131.	bezpłatny	0 zł
543	Simoctocogum alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211936	2024-04-01	3 miesiące	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2380,00	2570,40	2724,62	2404,08	B.15.	bezpłatny	0 zł
544	Simoctocogum alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211943	2024-04-01	3 miesiące	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4760,00	5140,80	5449,25	4808,16	B.15.	bezpłatny	0 zł
545	Simoctocogum alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211912	2024-04-01	3 miesiące	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	595,00	642,60	681,16	601,02	B.15.	bezpłatny	0 zł
546	Simoctocogum alfa	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.po 2,5 ml	05909991211929	2024-04-01	3 miesiące	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1190,00	1285,20	1362,31	1202,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
547	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	660,00	712,80	755,57	377,78	B.29.	bezpłatny	0 zł
548	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg	120 szt.	07613421034931	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6600,00	7128,00	7555,68	3777,84	B.29.	bezpłatny	0 zł
549	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	07613421058906	2023-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	3525,99	B.29.	bezpłatny	0 zł
550	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2022-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	7051,97	B.29.	bezpłatny	0 zł
551	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Eplusa, tabl. powł., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2022-09-01	3 lata	1135.6, Leki przeciwwirusowe: sofosbuvir, velpataswir	35200,00	38016,00	40176,00	40176,00	B.71.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
552	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2023-05-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuvir, velpatasvir, woksylaprevir	49000,00	52920,00	55080,00	55080,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
553	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	4571,11	4936,80	5233,01	3846,53	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
554	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	2018,81	2180,31	2311,14	1698,88	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
555	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	761,85	822,80	872,16	641,09	<1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
556	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	380,92	411,39	436,08	320,54	<1>B.19.; B.38.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
557	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	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
558	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	1400,00	1512,00	1602,72	1602,72	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
559	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909990588169	2023-07-01	10 miesięcy	1078.1, Sorafenib - 2	8900,00	9612,00	10188,72	10188,72	B.119.	bezpłatny	0 zł
560	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powł., 120 mg	240 szt.	08715131024895	2023-09-01	2 lata	1282.0, Sotorasib	49368,00	53317,44	55477,44	55477,44	B.6.	bezpłatny	0 zł
561	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694	2023-05-01	2 lata	1275.0, Tafasytamab	3714,50	4011,66	4252,36	4252,36	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
562	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg	30 szt.	05415062348826	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	5853,03	6321,27	6700,55	5026,61	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
563	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg	30 szt.	05415062348789	2022-11-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	17563,26	18968,32	20106,42	20106,42	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
564	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2023-11-01	3 lata	1150.0, Temsirolimus	2518,00	2719,44	2882,61	2882,61	B.10.	bezpłatny	0 zł
565	Tenofoviri disoproxil	Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg	30 szt.	05909991298708	<1>2021-05-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	255,00	275,40	291,92	291,92	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
566	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05909991379704	<1>2023-09-01/<2>2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	65,00	70,20	74,41	74,41	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
567	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Mylan, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05902020926801	<1>2022-07-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna	455,00	491,40	520,88	291,92	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
568	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2023-05-01	1 rok 2 miesiące	1159.0, Teryflunomid	2770,00	2991,60	3171,10	1236,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
569	Teriflunomidum	Terebyo, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	07613421163334	2024-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	1080,00	1166,40	1236,38	1236,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
570	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg	1 amp.-strzyk. 1,91 ml	05000456076166	2024-04-01	2 lata	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
571	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 <sup>6</sup> – 6 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2022-05-01/<2>2023-09-01	2 lata	1226.0, Tisagenlecleucel	1272000,00	1373760,00	1375920,00	1375920,00	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
572	Tobramycynum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2022-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycynum	5590,00	6037,20	6399,43	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
573	Tobramycynum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2024-04-01	3 lata	1081.0, Tobramycynum	4300,00	4644,00	4922,64	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
574	Tobramycynum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2021-11-01	3 lata	1081.0, Tobramycynum	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
575	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	05902768001075	2024-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2730,00	2948,40	3125,30	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł
576	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	975,00	1053,00	1116,18	718,82	B.33.	bezpłatny	0 zł
577	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	390,00	421,20	446,47	287,53	B.33.	bezpłatny	0 zł
578	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	975,00	1053,00	1116,18	718,82	B.33.	bezpłatny	0 zł
579	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	1950,00	2106,00	2232,36	1437,64	B.33.	bezpłatny	0 zł
580	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	2023-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	390,00	421,20	446,47	287,53	B.33.	bezpłatny	0 zł
581	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	04052682073373	2024-04-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2034,40	2197,15	2328,98	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł
582	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 wstrzyk.	04052682073397	2024-04-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2034,40	2197,15	2328,98	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł
583	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	04052682073342	2024-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	731,25	789,75	837,14	718,82	B.33.	bezpłatny	0 zł
584	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	04052682073366	2024-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	1462,50	1579,50	1674,27	1437,64	B.33.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
585	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	04052682073328	2024-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	292,00	315,36	334,28	287,53	B.33.	bezpłatny	0 zł
586	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2022-09-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	5400,00	5832,00	6181,92	5815,58	B.55.	bezpłatny	0 zł
587	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1>2023-09-01/<2><4>2022-09-01/<3>2023-07-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2540,00	2743,20	2907,79	2907,79	<1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.55.	bezpłatny	0 zł
588	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	2254,00	2434,32	2580,38	2580,38	B.126.	bezpłatny	0 zł
589	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	3381,00	3651,48	3870,57	3870,57	B.126.	bezpłatny	0 zł
590	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolwaptan	4508,00	4868,64	5160,76	5160,76	B.126.	bezpłatny	0 zł
591	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	559,00	603,72	639,94	639,94	<1>B.28.;<2>B.30.;<3>B.57.;<4>B.73.;<5>B.133.	bezpłatny	0 zł
592	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	<1><2>2022-01-01/<3>2023-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	598,21	646,07	684,83	684,83	<1>B.28.;<2>B.30.;<3>B.57.	bezpłatny	0 zł
593	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	<1><2>2022-01-01/<3>2023-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	997,02	1076,78	1141,39	1141,39	<1>B.28.;<2>B.30.;<3>B.57.	bezpłatny	0 zł
594	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	567,01	612,37	649,11	649,11	<1>B.28.;<2>B.57.	bezpłatny	0 zł
595	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	1641,81	1773,15	1879,55	1812,31	B.8.	bezpłatny	0 zł
596	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2022-09-01	3 lata	1088.0, Trabectedin	6332,30	6838,88	7249,22	7249,22	B.8.	bezpłatny	0 zł
597	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg	4 amp.-strzyk. 1 ml	03400930230268	2023-11-01	2 lata	1290.0, Tralokinumab	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.124.	bezpłatny	0 zł
598	Trametiniubum	Mekinist, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2023-01-01	2 lata	1157.0, Trametytib	5284,00	5706,72	6049,12	6049,12	B.59.	bezpłatny	0 zł
599	Trametiniubum	Mekinist, tabl. powł., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2023-01-01	2 lata	1157.0, Trametytib	21136,00	22826,88	24196,49	24196,48	B.59.	bezpłatny	0 zł
600	Trastuzumab deruxtecan	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	04260161043629	2023-11-01	2 lata	1082.2, Trastuzumab derukstekan	7501,70	8101,84	8587,94	8587,94	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
601	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg/5 ml	1 fiol. po 5 ml	05902768001037	2023-09-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	6412,50	6925,50	7341,03	2813,53	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
602	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2023-11-01	2 lata	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	5389,50	5820,66	6169,90	6169,90	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
603	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2023-11-01	2 lata	1082.1, Trastuzumab emtansyna	8623,50	9313,38	9872,18	9872,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
604	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.31.	bezpłatny	0 zł
605	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
606	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
607	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990046874	2021-05-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	42000,00	45360,00	47520,00	47520,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
608	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	B.31.	bezpłatny	0 zł
609	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
610	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
611	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2023-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
612	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powł., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2023-09-01	2 lata	1229.0, Trientyna	11295,00	12198,60	12930,52	12930,52	B.123.	bezpłatny	0 zł
613	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2120,98	2290,66	2428,10	2428,10	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
614	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6362,93	6871,96	7284,29	7284,29	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
615	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2827,97	3054,21	3237,46	3237,46	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
616	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	<1>2023-11-01/<2>2023-09-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	8483,90	9162,61	9712,36	9712,36	<1>B.4.; <2>B.58.	bezpłatny	0 zł
617	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	249,00	268,92	285,06	285,06	B.18.	bezpłatny	0 zł
618	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 150 mg	84 szt.	08720295000180	2023-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	19950,00	21546,00	22838,76	22836,58	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
619	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 50 mg	88 szt.	08720295000173	2023-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	6966,00	7523,28	7974,68	7974,68	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
620	Tyldrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampulko-strzykawka 1 ml	08430308131700	2023-11-01	2 lata	1233.0, Tyldrakizumab	11900,00	12852,00	13623,12	13623,12	B.47.	bezpłatny	0 zł
621	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><5><6>2024-04-01/<2><3><4>2022-07-01/<7>2022-11-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	3094,00	3341,52	3542,01	3542,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.55.; <6>B.82.; <7>B.124.	bezpłatny	0 zł

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
622	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 30 mg	28 szt.	08054083022994	2024-04-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	6188,00	6683,04	7084,02	7084,02	<1>>B.32.; <2>>B.55.	bezpłatny	0 zł
623	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 45 mg	28 szt.	08054083024189	2024-04-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	9282,00	10024,56	10626,03	10626,03	<1>>B.32.; <2>>B.55.	bezpłatny	0 zł
624	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	17093,56	18461,04	19568,70	19568,70	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
625	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	05909997077505	2023-01-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	9229,14	9967,47	10565,52	6773,78	B.47.	bezpłatny	0 zł
626	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	13547,56	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
627	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg	1 wstrz.	05413868122589	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	13547,56	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
628	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2023-01-01	2 lata	1202.0, Wandetanib	4507,50	4868,10	5160,19	4713,71	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
629	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2023-01-01	2 lata	1202.0, Wandetanib	12352,50	13340,70	14141,14	14141,14	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
630	Vedolizumabum	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml	2 wstrzyk. po 0,68 ml	07038319122857	2024-01-01	1 rok 3 miesiące	1176.0, Wedolizumab	2582,00	2788,56	2955,87	2955,87	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
631	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	2024-01-01	1 rok 3 miesiące	1176.0, Wedolizumab	5164,00	5577,12	5911,75	5911,74	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
632	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	05909990816774	2022-07-01	3 lata	1123.0, Welagluceraza alfa	4470,00	4827,60	5117,26	5117,26	B.23.	bezpłatny	0 zł
633	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powł., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2022-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	4695,75	5071,41	5375,70	5375,70	B.59.	bezpłatny	0 zł
634	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2024-01-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	239,13	258,26	273,76	273,76	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
635	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2024-01-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	19130,40	20660,83	21900,48	21900,48	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
636	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2024-01-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	2391,30	2582,60	2737,56	2737,56	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
637	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2024-01-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	1195,65	1291,30	1368,78	1368,78	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
638	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2024-01-01/<2>2022-09-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	597,83	645,66	684,40	684,40	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
639	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2023-07-01	3 lata	1155.0, Wismodegib	11996,25	12955,95	13733,31	13733,31	B.88.	bezpłatny	0 zł
640	Zanubrutinibum	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg	120 szt.	08720598340112	<1>2024-01-01/<2>2023-07-01	2 lata	1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib	21552,00	23276,16	24672,73	24672,73	<1>B.79.; <2>B.146.	bezpłatny	0 zł



Załącznik B.1.

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

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

<p>1) świadczeniobiorcy z marskością wątroby (świadczeniobiorcy z niewyrównaną marskością wątroby są leczeni w trybie pilnym);</p> <p>2) świadczeniobiorcy oczekujący na przeszczep wątroby;</p> <p>3) świadczeniobiorcy z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosupresyjną, w tym biologiczną, lub chemioterapią przeciwnowotworową;</p> <p>4) świadczeniobiorcy, u których rozpoczyna się planowane leczenie zakażenia HCV.</p> <p>1.3. Do programu mogą zostać zakwalifikowane kobiety w trzecim trymestrze ciąży z wiremią HBV DNA powyżej 200 000 IU/ml, jeśli lekarz uzna to za zasadne.</p> <p><b>2. Leczenie</b></p> <p>2.1. U pacjentów dotychczas nieleczonych stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo analog nukleozydowy - entekawir lub nukleozydowy - tenofowir.</p> <p>2.2. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) niewyrównana marskość wątroby;</li> <li>2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa;</li> <li>3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna;</li> <li>4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1);</li> <li>5) niewyrównana nadczynność tarczycy;</li> <li>6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej);</li> <li>7) padaczka (po konsultacji neurologicznej);</li> </ol>	<p>analogami nukleozydowymi lub nukleotydomi,</p> <p>b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletką u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydomi;</p> <p>3) tenofowir:</p> <p>a) tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletką.</p> <p>W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego.</p>	<p>2) oznaczenie przeciwciał;</p> <p>3) oznaczenie poziomu TSH;</p> <p>4) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia interferonem</b></p> <p>1) w dniu rozpoczęcia terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie poziomu ALT,</li> <li>c) czas lub wskaźnik protrombinowy,</li> <li>d) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li> <li>e) oznaczenie poziomu AFP,</li> <li>f) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową;</li> </ol> <p>2) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie poziomu ALT;</li> </ol> <p>3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>4) w 12 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poziom wiremii HBV DNA,</li> <li>b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową;</li> </ol> <p>5) w 24, 48 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie antygenu HBsAg,</li> <li>b) oznaczenie antygenu HBeAg,</li> <li>c) oznaczenie przeciwciał anti-HBe,</li> <li>d) poziom wiremii HBV DNA;</li> </ol> <p>6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie poziomu TSH,</li> <li>b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3;</li> </ol>
--	---	--

<p>8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;</p> <p>9) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej);</p> <p>11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematoonkologicznej lub hematologicznej);</p> <p>12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego.</p> <p>2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wirerii HBV DNA o co najmniej 1 log<sub>10</sub>;</li><li>2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą;</li><li>3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem.</li></ol> <p>2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir.</p> <p>2.5. Lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru lub tenofowiru.</p> <p>2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydomi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wirerii HBV DNA co najmniej o 1 log<sub>10</sub>.</p>		<p>7) w 48 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) proteinogram,</li><li>b) czas lub wskaźnik protrombinowy,</li><li>c) oznaczenie poziomu AFP,</li><li>d) USG jamy brzusznej.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydomi</b></p> <p>1) w dniu rozpoczęcia terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi,</li><li>b) oznaczenie poziomu ALT,</li><li>c) czas lub wskaźnik protrombinowy,</li><li>d) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li><li>e) oznaczenie poziomu AFP;</li></ol> <p>2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li><li>b) morfologia krwi,</li><li>c) oznaczenie poziomu ALT;</li></ol> <p>3) w 12 tygodniu - poziom wirerii HBV DNA;</p> <p>4) w 24 i następnie co 24 tygodnie:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie antygenu HBsAg,</li><li>b) oznaczenie antygenu HBeAg,</li><li>c) oznaczenie przeciwciał anti-HBe,</li><li>d) poziom wirerii HBV DNA,</li><li>e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu;</li></ol> <p>5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) czas lub wskaźnik protrombinowy,</li></ol>
---	--	--

2.7. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydom może być kontynuowane do 24 tygodnia, do ponownej oceny skuteczności. W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia.

2.8. Po 24 tygodniach terapii należy ponownie ocenić skuteczność terapii poprzez ilościowe oznaczenie poziomu wirerii HBV DNA. W wypadku niewykrywalnego HBV DNA leczenie należy kontynuować do osiągnięcia punktu końcowego leczenia. W innym wypadku należy rozważyć zmianę leku po uzyskaniu wyniku wirogramu i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia, stosując monoterapię jednym z leków opisanym w programie.

2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wirerii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem.

### 3. Określenie czasu leczenia w programie

3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu:

- 1) serokonwersji w układzie "s" lub
- 2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesiące.

3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.

- b) proteinogram,
- c) oznaczenie poziomu AFP,
- d) USG jamy brzusznej.

### 4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.4.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie systemowe pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego (RJG) substancjami:</p> <p>I. w zakresie <b>chemioterapii i leczenia celowanego</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>cetuksymab</i>;</li> <li>2) <i>panitumumab</i>;</li> <li>3) <i>aflibercept</i>;</li> <li>4) <i>triflurydyna z typiracylem</i>.</li> </ol> <p>II. w zakresie <b>immunoterapii</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>pembrolizumab</i>;</li> <li>2) <i>niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>.</li> </ol> <p>W leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego stosowane są:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>cetuksymab</i> lub <i>panitumumab</i> (leki anty-EGFR) w skojarzeniu z chemioterapią według schematu <i>FOLFOX</i> lub <i>FOLFIRI</i> w <b>pierwszej linii chemioterapii</b> pacjentów z potwierdzoną nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG.</li> </ol> <p>W przypadku skojarzenia leku anty-EGFR z chemioterapią według schematu <i>FOLFOX</i>, u pacjentów, którzy otrzymali</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. <i>cetuksymab, panitumumab</i></b></p> <p>Zalecana dawka <i>cetuksymabu</i> wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>400 mg/m<sup>2</sup></b> powierzchni ciała (pierwsza dawka) oraz <b>250 mg/m<sup>2</sup></b> powierzchni ciała (kolejne dawki) w odstępach 7-dniowych</li> <li>lub</li> <li>2) <b>500 mg/m<sup>2</sup></b> powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.</li> </ol> <p>Zalecana dawka <i>panitumumabu</i> wynosi <b>6 mg/kg</b> masy ciała w odstępach 14-dniowych.</p> <p><i>Cetuksymab</i> lub <i>panitumumab</i> stosowany jest w monoterapii lub wraz z chemioterapią według schematu <i>FOLFIRI</i> lub <i>FOLFOX</i> (pierwsza linia chemioterapii). W pierwszej linii chemioterapii możliwe jest przerwanie leczenia całkowicie lub częściowo (monoterapia anty-EGFR, sama chemioterapia, w tym deeskalowana) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;</li> <li>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 - dla <i>cetuksymabu</i> i <i>panitumumabu</i>;</li> <li>3) ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR) - dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>;</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT) oraz INR lub czasu protrombinowego (PT) – dla <i>afliberceptu</i>;</li> <li>10) oznaczenie stężenia magnezu - dla <i>cetuksymabu</i> i <i>panitumumabu</i>;</li> </ol>

<p><i>oksaliplatinę</i> w ramach uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej, konieczne jest zachowanie co najmniej 12-miesięcznego odstępu od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej <i>oksaliplatinę</i>.</p> <p>2) <b><i>pembrolizumab</i></b> w monoterapii w <b>pierwszej linii leczenia systemowego</b> pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR). Pembrolizumab nie może być zastosowany jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG.</p> <p>3) <b><i>aflibercept</i></b> w skojarzeniu z chemioterapią według schematu <b><i>FOLFIRI</i></b> w <b>drugiej linii chemioterapii</b> po udokumentowanej nieskuteczności zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem <i>fluoropirymidyny</i> i <i>oksaliplatinę</i>. Dopuszczalne jest zastosowanie immunoterapii z powodu RJG przed albo po chemioterapii pierwszej linii. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej <i>irynotekanem</i> lub <i>afliberceptem</i>.</p> <p>4) <b><i>niwolumab</i></b> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> w <b>drugiej albo kolejnych liniach leczenia systemowego</b> pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR), u których stwierdzono nieskuteczność lub nieakceptowalną toksyczność wcześniejszej chemioterapii co najmniej dwulekowej zawierającej <i>fluoropirymidynę</i> w skojarzeniu z <i>oksaliplatiną</i> lub <i>irynotekanem</i>. <i>Niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> nie mogą być zastosowane jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG.</p> <p>5) <b><i>cetuksymab</i></b> lub <b><i>panitumumab</i></b> (leki anty-EGFR) w monoterapii u chorych z progresją po wcześniejszej chemioterapii</p>	<p>Chemioterapia według schematu <b><i>FOLFIRI</i></b> i <b><i>FOLFOX</i></b> – stosowana w odstępach 14-dniowych.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach można zredukować dawki leków cytotoksycznych, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).</p> <p>W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, leczenie można przerwać całkowicie lub częściowo pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi na leczenie zgodnie z zapisami programu (monitorowanie bezpieczeństwa zależy od sytuacji klinicznej). Po stwierdzeniu progresji choroby lub z innych powodów leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania. Jeżeli przerwano stosowanie <i>cetuksymabu</i> lub <i>panitumumabu</i> z innych powodów np. z powodu działań niepożądanych, to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p><b>1.2. <i>pembrolizumab</i></b></p> <p>Zalecana dawka <b><i>pembrolizumabu</i></b> wynosi <b>200 mg</b> co 3 tygodnie lub <b>400 mg</b> co 6 tygodni.</p> <p>Jeżeli przerwano stosowanie <i>pembrolizumabu</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.</p>	<p>11) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>;</p> <p>12) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>13) pomiar ciśnienia tętniczego – dla <i>afliberceptu</i>;</p> <p>14) badanie ogólne moczu – dla <i>afliberceptu</i>;</p> <p>15) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>16) badanie TK jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej; inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej;</p> <p>17) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej (u chorych, u których możliwa jest na tej podstawie ocena odpowiedzi wg RECIST);</p> <p>18) badanie TK lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych, w celu wykluczenia przerzutów;</p> <p>19) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>6) oznaczenie stężenia magnezu – dla <i>cetuksymabu</i> i <i>panitumumabu</i>;</p> <p>7) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>;</p>
---	---	---

<p>zawierającej <i>fluoropirymidynę</i>, <i>oksaliplatynę</i> i <i>irynotekan</i> (stosowanych sekwencyjnie lub równoczasowo) lub z udokumentowanymi przeciwskazaniem do zastosowania wymienionych leków oraz z potwierdzoną nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii anty-EGFR nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej <i>cetuksymabem</i> lub <i>panitumumabem</i> z powodu RJG.</p> <p>6) <i>triflurydyna</i> z <i>typiracylem</i> w <b>drugiej albo kolejnych liniach chemioterapii</b> po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na <i>fluoropirymidynie</i>, <i>oksaliplatynie</i> i <i>irynotekanie</i>, lekach anty-VEGF oraz anty-EGFR lub braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i> z powodu RJG.</p> <p>W przypadku stwierdzenia nieakceptowalnej toksyczności leku anty-EGFR, która skutkuje koniecznością zakończenia tego leczenia, możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny lek z grupy anty-EGFR, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka jelita grubego</b></p>	<p><b>1.3. aflibercept</b> Zalecana dawka <i>afliberceptu</i> wynosi <b>4 mg/kg</b> masy ciała podawana wyłącznie w skojarzeniu z chemioterapią według schematu <i>FOLFIRI</i> – jeden cykl leczenia. Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie. Jeżeli przerwano stosowanie <i>afliberceptu</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p><b>1.4. niwolumab</b> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> Leczenie składa się z fazy indukującej oraz fazy podtrzymującej.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w fazie indukującej (leczenie skojarzone) zlecane dawkowanie wynosi: <i>niwolumab</i> w dawce <b>3 mg/kg</b> masy ciała w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> w dawce <b>1 mg/kg</b> masy ciała co 3 tygodnie w przypadku pierwszych 4 dawek;</li> <li>2) w fazie podtrzymującej (monoterapia) zalecana dawka <i>niwolumabu</i> wynosi 240 mg co 2 tygodnie.</li> </ol> <p>W fazie monoterapii, pierwszą dawkę <i>niwolumabu</i> należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce <i>niwolumabu</i> stosowanego w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>. Jeżeli przerwano stosowanie <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> lub <i>niwolumabu</i> w monoterapii w fazie podtrzymującej np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8) elektrokardiogram (EKG) – dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>;</li> <li>9) pomiar ciśnienia tętniczego – dla <i>afliberceptu</i>;</li> <li>10) badanie ogólne moczu – dla <i>afliberceptu</i>;</li> <li>11) ocena powikłań skórnych – dla <i>cetuksymabu</i> i <i>panitumumabu</i>;</li> </ol> <p>W przypadku leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>cetuksymabem</i> lub <i>panitumumabem</i> skojarzonego z chemioterapią w pierwszej linii leczenia powyższe badania w ppkt 1), 2) oraz 11) wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Pozostałe badania wykonuje się przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia;</li> <li>2) <i>cetuksymabem</i> lub <i>panitumumabem</i> w monoterapii powyższe badanie w ppkt 11) wykonuje się przed każdym podaniem leku. Pozostałe badania wykonuje się nie rzadziej niż co miesiąc;</li> <li>3) <i>pembrolizumabem</i> oraz <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> powyższe badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni;</li> <li>4) <i>afliberceptem</i> powyższe badania w ppkt 1), 3) wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Pozostałe badania wykonuje się przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia;</li> <li>5) <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i> powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia.</li> </ol> <p>Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p>
--	---	--

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy).</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;</li><li>3) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);</li><li>4) niemożliwe radykalne leczenie miejscowe;</li><li>5) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</li><li>6) stan sprawności 0-1 według skali ECOG (dla leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii 0-2);</li><li>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</li><li>8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);</li><li>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</li><li>10) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</li><li>11) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;</li><li>12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</li></ol>	<p>opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni.</p> <p><b>1.5. triflurydyna z typiracylem</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa <b>triflurydyny z typiracylem</b> to <b>35 mg/m<sup>2</sup></b> powierzchni ciała podawana dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z ChPL. Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg.</p> <p>Nie należy przekraczać 80 mg/dawkę.</p> <p>Jeśli dawki pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek.</p> <p>Jeżeli przerwano stosowanie <i>triflurydyny z typiracylem</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnego cyklu nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p><b>2. Modyfikacje dawkowania</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p>	<p>W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: badanie TK odpowiednich obszarów ciała (ewentualnie RTG klatki piersiowej) lub inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) w przypadku <i>cetuksymabu, panitumumabu, afliberceptu, pembrolizumabu i niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> nie rzadziej niż co 12 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunąć w realizowaniu leczenia;</li><li>2) w przypadku <i>triflurydyny z typiracylem</i> nie rzadziej niż co 8 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunąć w realizowaniu leczenia.</li></ol> <p>Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników w skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,</li><li>– stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),</li></ul>
---	---	---



<p>13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. cetuxymabem, panitumumabem</b></p> <p>1) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E.</p> <p><b>1.2.2. pembrolizumabem, niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem</b></p> <p>1) potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR);</p> <p>2) brak leczenia glikokortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca;</p> <p>3) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>	<p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p>	<p>– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>1) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
--	--	---

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia oceniona na podstawie aktualnych kryteriów klasyfikacji RECIST. W przypadku terapii <i>pembrolizumabem</i> albo <i>niwolumabem</i> z <i>ipilimumabem</i>, w sytuacji wątpliwej klinicznie możliwe jest kontynuowanie leczenia aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tyg. Jeśli całkowicie lub częściowo przerwano leczenie lekiem anty-EGFR skojarzonym z chemioterapią pierwszej linii, wyłączenie z programu następuje jedynie w sytuacji, kiedy lekarz prowadzący uzna, że wznowienie leczenia po progresji jest niewskazane;</li><li>2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>4) obniżenie sprawności:<ul style="list-style-type: none"><li>– o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów ECOG – dla wszystkich terapii z wyjątkiem leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii,</li><li>– o 1 lub 2 lub 3 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 według kryteriów ECOG – dla leków anty-EGFR stosowanych w monoterapii;</li></ul></li><li>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</li></ol> |  |  |
|--|--|--|

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

Załącznik B.5.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10: C22.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem,</li> <li>2) kabozantynib.</li> </ol> <p>W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem pacjentów, u których niestosowano w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego.</li> </ol> <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ol> <p><b>Leczenie raka wątrobowokomórkowego w programie obejmuje:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem)</li> </ol> <p><b>albo</b></p>	<p>Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych można opóźnić podanie kolejnej dawki leku, jednak nie dłużej niż:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 6 tygodni w przypadku leczenia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem;</li> <li>2) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem.</li> </ol> <p>Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 6 tygodni dla atezolizumabu w skojarzeniu z bewacyzumabem i 8 tygodni dla kabozantynibu pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej wielofazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby);</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) badanie ogólne moczu;</li> <li>4) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny, wapnia, fosfatazy alkalicznej, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy;</li> <li>5) oznaczanie antygenu HBS oraz przeciwciał anti-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;</li> <li>6) oznaczenie fT4 i TSH - dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem;</li> <li>7) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żylaków przełyku, jeżeli badanie nie było wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia w programie lekowym – dotyczy terapii atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem;</li> </ol>

<p><b>2) immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem).</b></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy rak wątrobowokomórkowy. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i ze zmianami o średnicy <math>\geq 1</math> cm możliwe jest odstępianie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w wielofazowej tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), ze wzmocnieniem w fazie tętnicznej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żyłnej wrotnej lub opóźnionej (zmiana hipodensyjna);</li> <li>3) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność;</li> <li>4) stan sprawności 0-1 według ECOG;</li> <li>5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh;</li> <li>6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do oceny, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;</li> <li>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka wątrobowokomórkowego;</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantyni bem)</b></p> <p>Dobowa dawka kabozantyni bu: 60 mg (codziennie).</p> <p>Każdy cykl obejmuje <b>28 dni</b> leczenia.</p> <p><b>2. Immunoterapia w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym (atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem)</b></p> <p>Dawka atezolizumabu: 1200 mg</p> <p>Dawka bewacyzumabu: 15 mg/kg masy ciała podawanego dożylnie.</p> <p>Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego <b>3 tygodnie</b>.</p> <p>Nie ma możliwości modyfikacji dawek.</p> <p>W przypadku, kiedy podawanie jednego z leków musi zostać zakończone z powodu objawów niepożądanych, można kontynuować leczenie drugim z leków w monoterapii.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego;</li> <li>9) tomografia komputerowa klatki piersiowej oraz tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jamy brzusznej i miednicy;</li> <li>10) EKG;</li> <li>11) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>12) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>13) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Leczenia raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantyni bem)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane):       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy,</li> <li>c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej,</li> <li>d) pomiar ciśnienia tętniczego,</li> <li>e) inne - w razie wskazań klinicznych;</li> </ol> </li> <li>2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane):       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,</li> <li>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,</li> <li>c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,</li> </ol> </li> </ol>
--	---	---

- 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków;
- 10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;
- 11) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE;
- 4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów

- 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,

<p>klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2.);</p> <p>5) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 2-4 według kryteriów ECOG;</p> <p>6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;</p> <p>7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>8) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p>		<p>b) badania obrazowe (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) odpowiednich obszarów umożliwiające ocenę odpowiedzi,</p> <p>c) oznaczenie fT4 i TSH,</p> <p>d) inne badania – w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	--

Załącznik B.6.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją aktywującą w genie <i>EGFR</i> do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo ozymertynibu</b></p> <p>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:</p> <p>a) raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego,</p> <p>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego,</p> <p>c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified</i> – NOS);</p> <p>2) obecność mutacji aktywującej w genie <i>EGFR</i> (receptor naskórkowego czynnika wzrostu) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</p> <p>4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków w programie</b></p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych (ChPL).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca lub międzybłoniaka opłucnej zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych;</p> <p>2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów <i>EGFR</i>, lub <i>ALK</i> lub <i>ROS1</i> lub <i>KRAS</i>) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD-L1) zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;</p> <p>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</p> <p>9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1;</p>



- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL);
- 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo ozymertynibu określonych w ChPL;
- 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej, trzeciej i kolejnych linii z wykorzystaniem ozymertynibu po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomitynibem, erlotynibem, gefitynibem i potwierdzoną obecnością mutacji T790M w genie *EGFR***

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:
  - a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,
  - b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego,
  - c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. *not otherwise specified* – NOS);

- 10) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu;
- 11) elektrokardiografia (EKG);
- 12) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;
- 13) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.

**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenia stężenia kreatyniny;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;
- 7) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1;
- 8) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu;
- 9) EKG;
- 10) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku afatynibu albo brygatynibu.

W przypadku stosowania inhibitorów EGFR, ALK, i ROS1 oraz sotorasibu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.

<p>2) obecność mutacji T790M w genie <i>EGFR</i> potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>3) progresja choroby po wcześniejszym zastosowaniu afatynibu lub dakomitynibu lub erlotynibu lub gefitynibu;</p> <p>4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</p> <p>6) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>10) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</p> <p>11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;</p> <p>12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.3. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem ozymertynibu i potwierdzoną obecnością mutacji w genie <i>EGFR</i></b></p>		<p>W przypadku lorlatynibu - niezależnie od linii leczenia - lipidogram powinien być wykonywany przed włączeniem do leczenia, po 4-6 tygodniach i następnie co 3 miesiące.</p> <p>W przypadku stosowania immunoterapii wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.</p> <p>W przypadku leczenia konsolidującego durwalumabem badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące (wyjątek – badania czynnościowe tarczycy i badanie EKG wykonywane co 12 tygodni).</p> <p>W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i dwoma cyklami chemioterapii:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– pkt 1-8 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej),</li><li>– pkt 1-8 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie pembrolizumabem co 3 miesiące.</li></ul> <p>W przypadku leczenia skojarzonego atezolizumabem z chemioterapią albo durwalumabem z chemioterapią w drobnokomórkowym raku płuca – wymienione badania powinny być wykonywane przed każdym cyklem.</p> <p>W fazie leczenia podtrzymującego drobnokomórkowego raka płuca atezolizumabem albo durwalumabem – badania z pkt 1-8 co 4-8</p>
--	--	---

<p>1) rozpoznanie pooperacyjne gruczolowego raka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą komponenty gruczolakoraka;</p> <p>2) obecność mutacji aktywującej w genie <i>EGFR</i> z delecją w eksonie 19. lub substytucją w eksonie 21. potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>3) zaawansowanie patomorfologiczne w stopniu IB – III według klasyfikacji UICC z 2016 roku;</p> <p>4) uprzednie poddanie radykalnemu leczeniu chirurgicznemu niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej;</p> <p>5) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>7) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>8) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</p> <p>10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w ChPL;</p> <p>11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.4. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii z ekspresją PD-L1 na komórkach guza z zastosowaniem atezolizumabu</b></p> <p>1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;</p>	<p>tygodni przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące.</p> <p>W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia skojarzonego z docetakselem, natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tygodni.</p> <p>Każde z badań diagnostycznych może zostać wykonane dodatkowo w dowolnym momencie leczenia w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p>W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, jeżeli są wymagane.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;</p> <p>2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian w zależności od miejsca oceny zmian przerzutowych i w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Badania wykonywane są co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).</p> <p>W przypadku leczenia atezolizumabem albo durwalumabem w drobnokomórkowym raku płuca – co 2 cykle w trakcie immunochemioterapii, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).</p>
--	--

<p>2) zaawansowanie pooperacyjne wg 8. wersji klasyfikacji TNM:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) IIA i IIB oraz IIIA,</li><li>b) pT3pN2;</li></ul> <p>3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia;</p> <p>4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania, w okresie do 8 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia;</p> <p>5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 <math>\geq 50\%</math> w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>6) brak obecności mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzonej na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>7) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego (neoadjuwantowego);</p> <p>8) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z ChPL;</p> <p>11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</p> <p>13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</p>		<p>W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia z docetaksemem, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi).</p> <p>Oceny skuteczności leczenia (odnosi się do stosowania leczenia w stadium zaawansowanym) dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,</li><li>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),</li><li>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</li></ul> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD))</li></ul>
---	--	---

- 14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu określonych w ChPL;
- 15) wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie;
- 16) ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata owłosienia);
- 17) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

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

1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:

- a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,
- b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego,

oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnymi za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

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

<p>c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified</i> – NOS);</p> <p>2) obecność rearanżacji w genie <i>ALK</i> lub <i>ROS1</i> na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>3) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</p> <p>5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</p> <p>6) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</p> <p>9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu albo alektynibu albo brygatynibu albo lorlatynibu albo entrektynybu określonych w ChPL;</p> <p>12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>		
--	--	--

**1.6. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia) z wykorzystaniem substancji czynnej pembrolizumab albo atezolizumab albo cemiplimab albo niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem:**

- rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1  $\geq 50\%$  – pembrolizumab albo atezolizumabem albo cemiplimab w monoterapii,
- rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1  $< 50\%$  – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny,
- rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1  $< 50\%$  – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną,
- rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1  $< 50\%$  – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;
- 2) ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu:
  - a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy
    - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo atezolizumabu albo cemiplimabu w monoterapii,
  - b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo niwolumabu i ipilimumabu w skojarzeniu z chemioterapią;
- 3) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS (w przypadku rozpoznania raka

<p>płaskonabłonkowego wykonanie testów molekularnych nie jest wymagane);</p> <p>4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);</p> <p>5) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>6) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</p> <p>7) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>8) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;</p> <p>10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>12) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL;</p> <p>14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>		
--	--	--



**1.7. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia kolejnej linii z zastosowaniem niwolumabu albo atezolizumabu we wszystkich typach niedrobnokomórkowego raka płuca (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia)**

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);
- 2) wykluczenie mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genu *ALK* i *ROS1* w przypadku raka gruczołowego, wielkomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS;
- 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);
- 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;
- 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;

- 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu określonych w ChPL;
- 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.8. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca o typie gruczołowym do leczenia kolejnej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii, immunoterapii, chemioimmunoterapii) z zastosowaniem nintedanibu**

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego płuca;
- 2) wykluczenie obecności mutacji w genie *EGFR* oraz rearanżacji genów *ALK* i *ROS1*;
- 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);
- 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;

- 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego);
- 9) wykluczenie współwystępowania choroby zakrzepowo-zatorowej;
- 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu i docetakselu określonych w ChPL;
- 13) wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;
- 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.9. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po niepowodzeniu co najmniej jednej wcześniejszej linii leczenia systemowego (immunoterapia lub immunochemioterapia lub chemioterapia z zastosowaniem związków platyny) z mutacją G12C w genie KRAS z zastosowaniem sotorasibu**

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:
  - a) raka gruczołowego lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego,
  - b) raka wielkomórkowego;
- 2) obecność mutacji G12C w genie KRAS (ang. Kirsten rat sarcoma virus – KRAS) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;

- 3) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenie leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia);
- 4) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) stan sprawności w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;
- 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania sotorasibu określonych w aktualnej ChPL;
- 12) wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;
- 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.10. Chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem**

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);
- 2) zaawansowanie kliniczne w stopniu III – choroby po radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny;
- 3) brak progresji choroby po radiochemioterapii jednoczasowej – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii);
- 4) stan sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 5) wiek powyżej 18 roku życia;
- 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;
- 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w ChPL;
- 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

- 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca;

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

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.12. Chorych na międzybłoniaka opłucnej do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani leczeniu systemowemu) z zastosowaniem niwolumabu i ipilimumabu**

- 1) rozpoznanie międzybłoniaka opłucnej niekwalifikującego się do leczenia radykalnego;
- 2) obecność zmian umożliwiających przeprowadzenie obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. *response evaluation criteria in solid tumours*) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 3) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);
- 4) wiek powyżej 18 roku życia;
- 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa;
- 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu i ipilimumabu określonych w ChPL;
- 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji leczenia, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria

kwalifikacji do tego programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia wskazanych w pkt 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii nie jest dłuższy niż wskazano w pkt 2.

## **2. Określenie czasu leczenia w programie**

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

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

- 1) stosowanie leków anty-EGFR w ramach pierwszej linii (afatynib, ozymertynib) lub drugiej, trzeciej i kolejnych linii leczenia (ozymertynib) albo leków anty-ROS1 lub anty-ALK w ramach pierwszej lub kolejnej linii leczenia (kryzotynib, entrektynib, alektynib, brygatynib, lorlatynib) albo inhibitora angiogenezy (nintedanib) albo anty-KRAS w drugiej i kolejnej linii leczenia (sotorasib) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 2) stosowanie ozymertynibu w ramach leczenia uzupełniającego po leczeniu chirurgicznym jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 36 miesięcy. Podczas stosowania ozymertynibu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;
- 3) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);



- 4) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);
- 5) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):
  - a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,
  - b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);
- 6) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:
  - a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,
  - b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET).

## **2.2. Inhibitory PD-1 (pembrolizumab, cemiplimab, niwolumab, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem) lub PD-L1 (atezolizumab)**

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

- 1) stosowanie inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych (pembrolizumab, niwolumab, ipilimumab, cemiplimab, atezolizumab) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 2) stosowanie atezolizumabu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii obejmuje okres 1 roku

<p>lub do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację;</p> <p>3) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia);</p> <p>4) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia); nie dotyczy atezolizumabu stosowanego w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;</p> <p>5) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):</p> <p>a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,</p> <p>b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);</p> <p>6) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:</p> <p>a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,</p> <p>b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET);</p> <p>7) w przypadku leczenia atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia);</p>		
---	--	--

**2.3. Inhibitor PD-L1 (durwalumab)**

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

- 1) stosowanie durwalumabu w leczeniu konsolidującym (pkt 1.10) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności lub maksymalnie przez 12 miesięcy. Podczas stosowania durwalumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL;
- 2) stosowanie durwalumabu w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca (pkt 1.11) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności;
- 3) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):
  - a) w leczeniu konsolidującym:
    - przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii,
    - w czasie leczenia – co 3 miesiące,
  - b) w leczeniu drobnokomórkowego raka płuca:
    - w czasie leczenia łącznie z chemioterapią – przed trzecim (3.) cyklem leczenia,
    - w trakcie monoterapii – przed pierwszym (1.) cyklem i następnie co 3 cykle leczenia;
- 4) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST:
  - a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,

5) w przypadku leczenia durwalumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania durwalumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym ocenionej według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST
  - a) oligoprogresja – w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK, ROS1, KRAS oraz inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia),
  - b) oligoprogresja – w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK, ROS1, KRAS oraz inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia),
  - c) powyższa sytuacja (oligoprogresja) nie dotyczy chorych leczonych konsolidująco durwalumabem po radiochemioterapii oraz chorych leczonych na drobnokomórkowego raka płuca z udziałem atezolizumabu albo durwalumabu, jak również nie dotyczy chorych w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego z zastosowaniem atezolizumabu;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym;

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

Załącznik B.8.

**LECZENIE CHORYCH NA MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH (ICD-10: C48, C49)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>W programie finansuje się leczenie pacjentów z określonymi mięsakami tkanek miękkich substancjami:</b></p> <p><b>1) trabektedyną (II lub III lub IV linia leczenia)</b> Zastosowanie nie więcej niż 3 linii wcześniejszej chemioterapii. 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).</p> <p><b>2) pazopani bem (I lub II lub III lub IV linia leczenia)</b> Zastosowanie u pacjentów z progresją choroby w trakcie lub przynajmniej po jednym schemacie chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej, lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia chemioterapii neoadiuwantowej lub adiuwantowej.</p> <p><b>Leczenie mięsaków tkanek miękkich w programie obejmuje:</b></p> <p><b>1) leczenie mięsaków tkanek miękkich lekami cytotoksycznymi (trabektedyna)</b> albo</p>	<p><b>1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich lekami cytotoksycznymi (trabektedyną)</b> Zalecana dawka <b>trabektedyny</b> wynosi 1,5 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała. Lek podawany jest w cyklach co 21 dni.</p> <p><b>2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych (pazopani bem)</b> Zalecana dawka <b>pazopani bu</b> wynosi 800 mg dziennie. Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>8) oznaczenie stężenia TSH w przypadku <b>pazopani bu</b>;</li> <li>9) oznaczenie stężenia kinazy kreatynowej w przypadku <b>trabektedyny</b>;</li> <li>10) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy w przypadku <b>trabektedyny</b>;</li> <li>11) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej w przypadku <b>trabektedyny</b>;</li> <li>12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</li> <li>13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>14) TK lub MR wybranej partii ciała pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;</li> </ol>

**2) leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych (pazopanib).****1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) wiek powyżej 18. roku życia;
- 2) w przypadku leczenia trabectedyną rozpoznanie histopatologiczne nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) jednego z niżej wymienionych mięsaków tkanek miękkich:
  - a) tłuszczakomięsaka (liposarcoma),
  - b) mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma).
- 3) w przypadku leczenia pazopanibem rozpoznanie histopatologiczne nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich z wyjątkiem następujących typów:
  - a) tłuszczakomięsak (wszystkie podtypy),
  - b) mięśniakomięsak prążkowanokomórkowy inne niż pleomorficzny lub pęcherzykowy,
  - c) chrząstniakomięsak,
  - d) mięsak kościopochodny,
  - e) mięsak Ewinga/PNET,
  - f) GIST,
  - g) włókniakomięsak guzowaty skóry,
  - h) zapalny guz miofibroblastyczny (ang. inflammatory myofibroblastic sarcoma),
  - i) międzybłoniak,
  - j) mieszany guz mezodermalny trzonu macicy (ang. mixed mesodermal tumor of the uterus);

15) 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);

16) elektrokardiogram (EKG) – w przypadku **pazopanibu**;

17) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

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

**2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia**

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;
- 3) oznaczenia stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

**1) w przypadku trabectedyny:**

Raz w tygodniu podczas dwóch pierwszych cykli leczenia oraz co najmniej przed zastosowaniem leku w kolejnych cyklach leczenia.

**2) w przypadku pazopanibu:**

Nie rzadziej niż co 28 dni lub przed wznowieniem leczenia (jeśli było czasowo przerwane) i zawsze w przypadku wskazań klinicznych.

**3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

- 4) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 5) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie aktualne ChPL;
- 8) 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;
- 9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z zapisami aktualnych ChPL;
- 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

- 1) TK lub MR odpowiedniego obszaru;
- 2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 3 miesiące i zawsze w przypadku klinicznego podejrzenia progresji. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

## 4. Monitorowanie programu

- 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.



**3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST z wyjątkiem progresji dotyczącej wyłącznie OUN, kiedy dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna);
- 2) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 3) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 3-4 według kryteriów ECOG;
- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

Załącznik B.9.FM.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>MAKSYMALNE DAWKOWANIE SUBSTANCJI LECZNICZYCH OBECNYCH W PROGRAMIE I CZAS LECZENIA</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anty-HER2 oraz do 4 linii leczenia anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) trastuzumab;</li> <li>2) pertuzumab;</li> <li>3) trastuzumab emtanzyna;</li> <li>4) lapatynib;</li> <li>5) tukatynib;</li> <li>6) trastuzumab derukstekan.</li> </ol> <p>W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: trastuzumab lub trastuzumab z pertuzumabem.</p> <p>W leczeniu uzupełniającym stosowany jest: trastuzumab oraz trastuzumab emtanzyna.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem trastuzumabu emtanzyny.</p> <p>W leczeniu anty-HER2 przerzutowego lub miejscowo zawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do</p>	<p><b>1. Leczenie wczesnego raka piersi</b></p> <p><b>1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</b></p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia).</p>	<p><b>1. Leczenie wczesnego raka piersi</b></p> <p><b>1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</b></p> <p><b>1.1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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),</li> <li>b) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>c) stężenie kreatyniny,</li> <li>d) aktywność AlAT,</li> <li>e) aktywność AspAT,</li> <li>f) stężenie bilirubiny,</li> <li>g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej,</li> <li>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej,</li> </ol>

<p>zastosowania), stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.6.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pertuzumab łącznie z trastuzumabem i docetakselem w pierwszej linii leczenia, a jeśli wcześniej była stosowana terapia przedoperacyjna trastuzumabem +/- pertuzumabem lub uzupełniająca trastuzumabem, czas od jej zakończenia do nawrotu musi wynosić powyżej 12 miesięcy;</li> <li>2) trastuzumab łącznie z chemioterapią, hormonoterapią lub samodzielnie w pierwszej linii leczenia chorych, które nie otrzymywały trastuzumabu w leczeniu przedoperacyjnym lub uzupełniającym; trastuzumab może być także stosowany w drugiej lub kolejnych liniach leczenia paliatywnego, jeśli chora wcześniej nie otrzymywała terapii anti-HER2;</li> <li>3) trastuzumab emtanzyna 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 lub nawrót wystąpił w jej trakcie;</li> <li>4) tukatynib w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną w trzeciej lub czwartej linii leczenia, a w drugiej tylko w przypadku, gdy w pierwszej linii stosowano trastuzumab +/- pertuzumab albo trastuzumab emtanzyna oraz występują przerzuty do ośrodkowego układu nerwowego; podanie tukatynibu wymaga zastosowania wcześniej co najmniej jednej linii paliatywnej terapii anti-HER2;</li> <li>5) trastuzumab derukstekan w drugiej lub trzeciej lub czwartej linii leczenia stosowanej z powodu nieoperacyjnego lub zaawansowanego HER2-dodatniego raka piersi po zastosowaniu co najmniej jednej linii terapii anti-HER2.</li> </ol> <p>W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-ujemnego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) palbocyklibem;</li> <li>2) rybocyklibem;</li> </ol>	<p>Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu.</p> <p>Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W programie lekowym trastuzumab podaje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami;</li> <li>2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem;</li> <li>3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem docetakselu i karboplatyny;</li> <li>4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem paklitakselu w monoterapii;</li> <li>5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej;</li> <li>6) w skojarzeniu z pertuzumabem i chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej),</li> <li>j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie TK lub MR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem,</li> <li>k) EKG,</li> <li>l) badanie ECHO,</li> <li>m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>1.1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane nie rzadziej niż:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii i trastuzumabu emtanzyny,</li> <li>b) raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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,</li> <li>– aktywność AlAT,</li> <li>– aktywność AspAT,</li> <li>– stężenie bilirubiny;</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>
--	--	---

<p>3) abemacyklibem; 4) alpelisybem; 5) talazoparybem; 6) olaparybem.</p> <p>W leczeniu uzupełniającym luminalnego HER2-ujemnego raka piersi oraz potrójnie ujemnego raka piersi stosowany jest :</p> <p>1) olaparyb w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną w leczeniu adjuwantowym dorosłych pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową.</p> <p>W leczeniu przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdym radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.2.1.-2.2.4.:</p> <p>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 albo olaparyb w monoterapii w drugiej lub trzeciej linii leczenia u chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2, po uprzednim zastosowaniu hormonoterapii z lub bez inhibitorów CDK4/6 w leczeniu paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie 1-2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołoperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej).</p>	<p>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:</p> <p>a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4)</p> <p>albo</p> <p>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</p> <p>Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.</p> <p>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.</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to:</p> <p>a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią</p> <p>albo</p>	<p>2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:</p> <p>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);</p> <p>Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>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):</p> <p>a) EKG, b) ECHO.</p> <p><b>1.2. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji w genach BRCA</b></p> <p><b>1.2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <p>a) potwierdzenie obecności mutacji germinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</p> <p>b) potwierdzenie braku ekspresji receptora HER2 i określenie stanu steroidowych receptorów hormonalnych;</p>
--	---	--

<p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów PARP.</p> <p>W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) potrójnie ujemnego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pembrolizumabem;</li> <li>2) talazoparybem;</li> <li>3) olaparybem;</li> <li>4) sacytuzumabem gowitekan.</li> </ol> <p>Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu.</p> <p>W leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii (jeden schemat paliatywnej chemioterapii stosowany poza programem lekowym stanowi także linię leczenia) określonymi w punktach 2.3.1.-2.3.3.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pembrolizumab w leczeniu przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatiną (pierwsza linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono brak wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego nieoperacyjnego lub przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii z założeniem radykalnym zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy. Zastosowanie terapii nie jest możliwe po wcześniejszym zastosowaniu immunoterapii pembrolizumabem w leczeniu okołooperacyjnym;</li> <li>2) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w pierwszej lub drugiej lub trzeciej linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego potrójnie</li> </ol>	<p>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.</p> <p>W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu.</p> <p>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).</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem emtanzyną wyłącznie w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym) HER2-dodatniego raka piersi):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) obejmuje maksymalnie 14 podań, albo</li> <li>b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby, albo</li> <li>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.</li> </ol> <p>Pacjenci, u których wcześniejsze zakończenie leczenia trastuzumabem emtanzyną spowodowane</p>	<p>c) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>d) stężenie kreatyniny;</p> <p>e) stężenie bilirubiny;</p> <p>f) aktywność AlAT;</p> <p>g) aktywność AspAT;</p> <p>h) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);</p> <p>i) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);</p> <p>j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);</p> <p>k) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>1.2.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– kreatyniny,</li> <li>– bilirubiny;</li> <li>– oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</li> </ul> <p>c) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia olaparybem.</p>
--	--	--

<p>ujemnego raka piersi z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA 1/2, gdy leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania pacjenci musieli otrzymać wcześniej chemioterapię zawierającą taksoid lub antracyklinę w leczeniu okołoperacyjnym lub paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie nie więcej niż 2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołoperacyjnej i 1 linii chemioterapii paliatywnej);</p> <p>3) sacytuzumab gowitekan w monoterapii w drugiej lub trzeciej lub czwartej linii przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego nieresekcyjnego potrójnie ujemnego raka piersi; wymagane są wcześniej co najmniej dwie linie paliatywnego leczenia systemowego (u pacjentów leczonych okołoperacyjnie wymagana jest co najmniej jedna linia systemowego leczenia paliatywnego).</p> <p>Ponadto, w programie finansuje się leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) kontynuowane pembrolizumabem jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnego raka piersi z dużym ryzykiem nawrotu. W programie lekowym istnieje jednorazowa możliwość zastosowania immunoterapii.</p> <p><b>1. Leczenie wczesnego raka piersi</b></p> <p><b>1.1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>1.1.1.</b> leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo</p> <p><b>1.1.2.</b> leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią albo</p> <p><b>1.1.3.</b> leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo</p>	<p>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 anti-HER2 zawierającą nie więcej niż 18 podań (łącznie z liczbą podań w leczeniu przedoperacyjnym i liczbą podań trastuzumab emtanzyny).</p> <p><b>1.2. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi</b></p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).</p> <p>Należy rozpocząć nie później niż w ciągu 12 tygodni od zakończenia ostatniej terapii przeciwnowotworowej.</p> <p>Możliwe jest jednoczesne stosowanie olaparybu z hormonoterapią.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.2.1. Czas leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa łącznie 13 cykli (cykl trwa 28 dni) lub do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p>	<p><b>1.3. Leczenie okołoperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi</b></p> <p><b>1.3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <p>a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</p> <p>b) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>c) stężenie kreatyniny;</p> <p>d) aktywność AlAT;</p> <p>e) aktywność AspAT;</p> <p>f) stężenie bilirubiny;</p> <p>g) poziom TSH i fT4;</p> <p>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni);</p> <p>i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni);</p> <p>j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);</p> <p>k) EKG;</p> <p>l) konsultacja kardiologiczna – jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG;</p>
---	--	--

<p><b>1.1.4. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną.</b></p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi;</li> <li>2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+ / w badaniu ISH);</li> <li>3) stopień zaawansowania:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych</li> </ul> </li> <li>lub</li> <li>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego,</li> </ol> </li> <li>albo</li> <li>b) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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</li> </ul> </li> <li>lub</li> <li>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny, jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego</li> </ol> <li>albo</li> <li>c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem:</li>	<p><b>1.3. Leczenie okooperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi</b></p> <p>Dawka pembrolizumabu w fazie neoadjuwantowej i adjuwantowej 200 mg co 3 tygodnie lub po 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z chemioterapią:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) obejmuje 8 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 4 dawki pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni</li> <li>albo</li> <li>b) trwa do momentu stwierdzenia progresji choroby wykluczającej radykalne leczenie chirurgiczne</li> <li>albo</li> <li>c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.</li> </ol> <p>Całkowity czas aktywnej terapii pembrolizumabem w leczeniu pooperacyjnym (adjuwantowym):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) obejmuje 9 dawek pembrolizumabu po 200 mg co 3 tygodnie lub 5 dawek pembrolizumabu po 400 mg co 6 tygodni</li> <li>albo</li> <li>b) trwa do wystąpienia nawrotu choroby</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>m) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne);</li> <li>n) mammografia;</li> <li>o) USG piersi z oceną dołów pachowych,</li> <li>p) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>1.3.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania laboratoryjne:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>b) stężenie kreatyniny;</li> <li>c) aktywność AlAT;</li> <li>d) aktywności AspAT;</li> <li>e) stężenie bilirubiny;</li> <li>f) oznaczenie poziomu TSH i fT4; dotyczy jedynie leczenia pembrolizumabem;</li> <li>g) oznaczenie glikemii na czczo.</li> </ol> </li> </ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nie rzadziej niż co 3 tygodnie lub przed każdym cyklem chemioterapii w przypadku pembrolizumabu w leczeniu przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-e,</li> <li>– nie rzadziej niż co 3 miesiące w przypadku leczenia przedoperacyjnego</li> </ul>
---	---	--

<p>– wyjściowo średnica guza powyżej 5mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymały systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab lub pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią),</p> <p>lub</p> <p>– 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,</p> <p>albo</p> <p>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;</p> <p>albo</p> <p>e) wyłącznie w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem emtanzyną:</p> <p>– pierwotny stopień zaawansowania I-III,</p> <p>oraz</p> <p>– zakończona przedoperacyjna chemioterapia zawierająca taksoid i przedoperacyjna terapia anty-HER2,</p> <p>oraz</p> <p>– potwierdzenie patomorfologiczne obecności choroby resztkowej w piersi lub węzłach chłonnych pachy;</p> <p>4) przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na:</p> <p>a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii</p>	<p>albo</p> <p>c) trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>1.3.1. Czas leczenia</b></p> <p>Leczenie przedoperacyjne obejmuje maksymalnie 8 podań pembrolizumabu co 3 tygodnie lub 4 podania co 6 tygodni w odpowiednich dawkach wraz ze stosowaniem chemioterapii. Leczenie pooperacyjne obejmuje nie więcej niż 9 podań pembrolizumabu co 3 tygodnie lub 5 podań co 6 tygodni w odpowiednich dawkach. W leczeniu pooperacyjnym, jeżeli istnieją wskazania kliniczne dopuszczalne jest także prowadzenie radioterapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p> <p><b>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</b></p> <p><b>2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego</b></p>	<p>(neoadjuwantowym) pembrolizumabem – punkty f-g,</p> <p>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące w przypadku leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) pembrolizumabem – punkty a-g;</p> <p>2) badania obrazowe (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):</p> <p>a) ECHO serca,</p> <p>b) USG piersi z dołami pachowymi.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (część, gdy są wskazania kliniczne) – w przypadku leczenia pembrolizumabem – punkty a-b.</p> <p>W celu monitorowania terapii i oceny odpowiedzi na leczenie, w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, możliwe jest zamienne wykonanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego piersi).</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p><b>2. Leczenie przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi</b></p> <p><b>2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p>
---	---	---



<p>lub</p> <p>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).</p> <p>Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d)</p> <p>5) wartość LVEF co najmniej 50%;</p> <p>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.2. Leczenie wczesnego HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>1.2.1. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi olaparybem w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA 1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową.</b></p>	<p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka trastuzumabu podskórnego: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>W terapii przerzutowego raka piersi trastuzumab podaje się:</p> <p>a) w skojarzeniu z chemioterapią lub inhibitorem aromatazy</p> <p>lub</p> <p>b) w monoterapii</p> <p>lub</p> <p>c) w skojarzeniu z pertuzumabem i docetakselem</p> <p>Dawka nasycająca pertuzumabu: 840mg (pierwszy cykl leczenia).</p> <p>Dawka podtrzymująca pertuzumabu: 420mg (kolejne cykle leczenia).</p>	<p>a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),</p> <p>b) badanie mutacji germinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu albo olaparybu,</p> <p>c) potwierdzona mutacja genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu - tylko w przypadku alpelisybu (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej),</p> <p>d) potwierdzenie ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) <math>\geq 10</math> oznaczonej zwalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu,</p> <p>e) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>f) stężenie kreatyniny,</p> <p>g) aktywność AIAT,</p> <p>h) aktywność AspAT,</p> <p>i) stężenie bilirubiny,</p> <p>j) poziom TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem,</p> <p>k) stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku leczenia alpelisybem oraz pembrolizumabem,</p> <p>l) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu,</p>
--	--	--

<p><u>Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi bez przerzutów odległych (tj. cecha M0 w klasyfikacji TNM);</li> <li>3) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));</li> <li>4) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA 1 lub w BRCA2 (germinalnej);</li> <li>5) zakończone miejscowe leczenie chirurgiczne piersi lub węzłów pachowych (chorzy po zabiegach chirurgicznych muszą ukończyć radioterapię adjuwantową o ile jest wskazana);</li> <li>6) ukończenie chemioterapii adjuwantowej lub neoadjuwantowej;       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) rak piersi potrójnie ujemny:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu i chemioterapii adjuwantowej - pierwotny guz piersi o dowolnej średnicy i patomorfologicznie potwierdzona obecność przerzutów w pachowych węzłach chłonnych (cecha <math>\geq pN1</math>) lub inwazyjny guz pierwotny o średnicy przynajmniej 2 cm (cecha <math>\geq pT2</math>);</li> <li>- w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - niezyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR);</li> </ul> </li> <li>lub</li> <li>b) rak piersi z udokumentowaną ekspresją steroidowych receptorów hormonalnych:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- w przypadku chorych pierwotnie poddanych leczeniu operacyjnemu lub hormonoterapii przedoperacyjnej - obecność choroby przerzutowej w węzłach chłonnych;</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<p>Dawka docetakselu: 75-100mg/m<sup>2</sup> (w każdym cyklu)</p> <p>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.</p> <p>Jeżeli leczenie docetaksem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym.</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę lapatynibu: 1250mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę kapecytabiny w skojarzeniu z lapatynibem: 2000 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.</p> <p>Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).</p> <p>Maksymalna dobową dawkę tukatynibu: 600 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>m) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed- i okołomenopauzalnym – tylko w przypadku leczenia inhibitorami CDK4/6 i alpelisybem,</li> <li>n) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian,</li> <li>o) 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,</li> <li>p) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej),</li> <li>q) EKG,</li> <li>r) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2 oraz leczenia pembrolizumabem,</li> <li>s) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECH,</li> </ol>
--	---	---

<p>- w przypadku chorych którzy otrzymali chemioterapię neoadjuwantową - nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi potwierdzone w badaniu patomorfologicznym (non-pCR);</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania olaparybu;</p> <p>9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>10) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</p> <p>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia, wczesnego HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.3. Leczenie okołoperacyjne potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>1.3.1.</b> leczenie okołoperacyjne pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) i kontynuacja pembrolizumabu jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym u chorych</p>	<p>Dawka podtrzymująca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia).</p> <p>Dawka trastuzumabu podskórnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 600 mg (w każdym cyklu).</p> <p>Każdy cykl leczenia trastuzumabu w skojarzeniu z tukatynibem obejmuje 21 dni.</p> <p>Maksymalna dobowo dawka kapecytabiny w skojarzeniu z tukatynibem: 2000 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.</p> <p>Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie).</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>2.1.2. Czas leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p>	<p>t) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne).</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania laboratoryjne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>stężenie kreatyniny,</li> <li>aktywność AlAT,</li> <li>aktywności AspAT,</li> <li>stężenie bilirubiny,</li> <li>stężenie glukozy na czczo – tylko w przypadku alpelisybu i pembrolizumabu,</li> <li>odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c - tylko w przypadku alpelisybu,</li> <li>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,</li> <li>EKG (tylko w przypadku rybofityliu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), na początku drugiego cyklu, a potem w zależności od wskazań klinicznych),</li> </ol>
--	---	--

<p>na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) potwierdzony i dotychczas nieleczony potrójnie ujemny rak piersi;</li> <li>3) udokumentowany brak ekspresji steroidowych receptorów hormonalnych (&lt;1%);</li> <li>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));</li> <li>5) kliniczny stopień zaawansowania T1-4 i N1-N2 lub T2-T4 i N0</li> <li>6) wartość LVEF co najmniej 50%;</li> <li>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li> <li>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</li> <li>10) brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii;</li> <li>11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</li> <li>12) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</li> <li>13) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</li> </ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p><b>2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego</b></p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobowa palbocyclibu: 125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobowa rybocyclibu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Zalecana maksymalna dawka dobowa abemacyclibu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę alpelisybu: 300 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawkę olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).</p> <p>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).</p> <p>Dawka dobową inhibitorów aromatazy stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) letrozol: 2,5mg/dobę,</li> <li>b) anastrozol: 1 mg/dobę,</li> <li>c) eksemestan: 25 mg/ dobę.</li> </ol> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyclibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być</p>	<p>j) oznaczenie poziomu TSH i fT4 – tylko w przypadku leczenia pembrolizumabem.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 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,</li> <li>– przed każdym cyklem leczenia – w przypadku leczenia trastuzumabem emtanzyną oraz trastuzumabem derukstekanem,</li> <li>– dodatkowo morfologia przed każdym podaniem paklitakselu – w przypadku leczenia trastuzumabem w skojarzeniu z paklitakselem,</li> <li>– 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,</li> <li>– 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</li> </ul>
---	--	---

<p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia okołoperacyjnego potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</b></p> <p><b>2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>2.1.1.</b> leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetakselem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p><b>2.1.2.</b> leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p><b>2.1.3.</b> leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p><b>2.1.4.</b> leczenie przerzutowego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p><b>2.1.5.</b> leczenie przerzutowego raka piersi tukatynibem w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną (II, III lub IV linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p><b>2.1.6.</b> leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem (II lub III lub IV linia leczenia anty-HER2 przerzutowego raka piersi).</p>	<p>kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>2.2.2. Czas leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p> <p><b>2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi</b></p> <p>Zalecana maksymalna dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym.</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawką talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dobową dawką olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie).</p> <p>Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu).</p>	<p>badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia alpelisybem,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia co miesiąc lub w przypadku wskazań klinicznych, pozostałe badania nie rzadziej niż co 3 miesiące - w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem,</li> <li>– przed każdym podaniem leczenia – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekan,</li> <li>– podczas stosowania tukatynibu w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną badania wykonuje przed każdym cyklem leczenia</li> <li>– przed każdym cyklem leczenia w przypadku stosowania pembrolizumabu – punkty a-e,</li> <li>– nie rzadziej niż raz na 6 tygodni w przypadku w leczenia przerzutowego raka piersi pembrolizumabem – punkt f oraz j;</li> </ul> <p>2) badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki) – nie dotyczy inhibitorów CDK4/6, alpelisybu, talazoparybu oraz olaparybu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) EKG,</li> <li>b) ECHO,</li> </ul>
--	---	---

<p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) uogólniony (IV stopień zaawansowania)</li> </ol>       lub       <ol style="list-style-type: none"> <li>b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);</li> </ol> </li> <li>2) udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik /+/ w badaniu ISH);</li> <li>3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</li> <li>4) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</li> <li>5) wartość LVEF co najmniej 50%;</li> <li>6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</li> <li>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</li> </ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających</p>	<p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>2.3.1. Czas leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych,</li> <li>d) TK klatki piersiowej – w zależności od wskazań klinicznych lub podejrzenia śródmiąższowego zapalenia płuc;</li> </ol> <p>3) badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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),</li> <li>b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),</li> <li>c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie),</li> <li>d) odsetek hemoglobiny glikowanej HbA1c – tylko w przypadku alpelisybu,</li> <li>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,</li> <li>f) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu).</li> </ol>
--	--	---

<p>badan klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>2.2.1.</b> 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)</p> <p>albo</p> <p><b>2.2.2.</b> 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)</p> <p>albo</p> <p><b>2.2.3.</b> leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2-ujemnego raka piersi z obecnością mutacji PIK3CA alpelisybem w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)</p> <p>albo</p> <p><b>2.2.4.</b> leczenie przerzutowego raka piersi w monoterapii inhibitorami PARP (talazoparybem albo olaparybem) chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2 (II lub III linia zaawansowanego hormonozależnego raka piersi).</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.</p> <p><u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:<ol style="list-style-type: none"><li>a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)</li></ol></li></ol>		<p>g) ECHO serca (jedynie w przypadku pembrolizumabu);</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia talazoparybem oraz olaparybem,</li><li>– nie rzadziej niż co 9 tygodni oraz w ostatnim dniu 20 tygodnia leczenia (+/- 7 dni) – w przypadku leczenia sacytuzumabem gowitekanem,</li><li>– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (w zależności od wskazań klinicznych) – w przypadku leczenia pembrolizumabem.</li></ul> <p>W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według aktualnych kryteriów RECIST w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na</li></ol>
---	--	--

<p>lub</p> <p>b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);</p> <p>3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych <math>\geq 1\%</math>;</p> <p>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));</p> <p>5) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu;</p> <p>6) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu;</p> <p>7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</p> <p>8) stan:</p> <p>a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– stan po obustronnym usunięciu jajników,</li><li>– brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn),</li><li>– brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH,</li></ul> <p>b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów w stanie pomenopauzalnego (w takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH)).</p> <p>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;</p> <p>9) kobiety w stanie pomenopauzalnym zdefiniowanym jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):</p> <p>a) stan po obustronnym usunięciu jajników,</p>		<p>żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej sacytuzumab gowitekan przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników efektywności terapii:</p> <p>a) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 11,8 miesiąca,</p> <p>b) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 4,8 miesiąca,</p> <p>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 oczekiwanym poziomie 31%;</p> <p>4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rzecznicowych do NFZ: informacje</p>
--	--	---



<p>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.</p> <p>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania alpelisybu;</p> <p>10) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;</p> <p>12) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy: brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów mięszzowych w następstwie masywnych przerzutów).</p> <p>Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające:</p> <p>a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy</p> <p>albo</p> <p>b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii).</p> <p>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;</p> <p>13) w przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem:</p> <p>a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi – dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem</p> <p>lub</p>		<p>przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	---

<p>b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy</p> <p>lub</p> <p>c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu.</p> <p>Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu).</p> <p>Kryterium kwalifikacji tylko w przypadku zastosowania inhibitorów CDK4/6;</p> <p>14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>15) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;</p> <p>16) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia);</p> <p>17) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p>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.</p>		
--	--	--

**2.3. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje:**

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

albo

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

albo

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

**Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi:**

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

- 6) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu;
- 7) udokumentowana potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score)  $\geq 10$  oznaczona zvalidowanym testem – tylko w przypadku pembrolizumabu;
- 8) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;
- 9) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 11) nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;
- 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia;
- 13) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 14) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających

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

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 4) obniżenie sprawności:
  - a) do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia wczesnego HER2-dodatniego 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;
- 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków, w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekunów prawnych.

Załącznik B.10.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<b>LECZENIE ADJUWANTOWE</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia <i>pembrolizumabem</i></b></p> <p>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym;</p> <p>2) pośrednie wysokie lub wysokie ryzyko wznowy raka nerki lub chory w stadium M1 bez objawów choroby (NED, No Evidence of Disease):</p> <p>a) pośrednie-wysokie ryzyko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pT2 ze stopniem złośliwości histologicznej 4 (ang. Grade 4) lub cechami mięsakowatymi, bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),</li> <li>– pT3, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),</li> </ul> <p>b) wysokie ryzyko:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– pT4, każdy stopień złośliwości histologicznej bez zajęcia węzłów chłonnych (N0) i przerzutów odległych (M0),</li> <li>– dowolny pT, każdy stopień złośliwości histologicznej z zajęciem węzłów chłonnych i nieobecnością przerzutów odległych (M0),</li> </ul> <p>c) stadium M1 bez objawów choroby:</p>	<p><b>1. Dawkowanie <i>pembrolizumabu</i></b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>pembrolizumabem</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej</li> <li>7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH;</li> <li>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;</li> <li>10) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;</li> <li>11) oznaczenie poziomu glukozy;</li> <li>12) oznaczenie jonogramu (sód, potas);</li> <li>13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</li> </ol>

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

<p>10) w przypadku wcześniejszego zachorowania na inny nowotwór kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane z tym nowotworem;</p> <p>11) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie pembrolizumabem trwa 51 tygodni (17 cykli 3-tygodniowych) lub do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu wcześniej, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie nawrotu nowotworu;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na <i>pembrolizumab</i> lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>3) ciąża lub okres karmienia piersią;</li><li>4) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;</li><li>5) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;</li><li>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych</li></ol>		<p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) mózgu, klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy;</li><li>2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badania klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni; obrazowanie mózgu i kości - w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;</li><li>2) w ciągu miesiąca po zakończeniu leczenia;</li><li>3) w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.</li></ol> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić potwierdzenie utrzymywania się stanu wolnego od choroby albo stwierdzenie nawrotu choroby.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	--



oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
<b>I LINIA LECZENIA</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanałików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, <i>pazopanibu</i>,</li> <li>b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i>,</li> <li>c) raka nerkowokomórkowego - w przypadku <i>temsyrolimusu</i>;</li> </ol> </li> <li>2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego;</li> <li>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki – w przypadku <i>pazopanibu</i> możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin;</li> <li>4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100 (dla <i>temsyrolimusu</i> 60-100);</li> <li>5) ukończony 18. rok życia;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i> w połączeniu z <i>ipilimumabem</i>, <i>pazopanibem</i>, <i>temsyrolimusem</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>8) oznaczenie stężenia TSH i FT4 - dla <i>ipilimumabu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>kabozantynibu</i>;</li> <li>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;</li> <li>10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>;</li> <li>11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;</li> <li>12) oznaczenie stężeń cholesterolu oraz trójglicerydów- dla <i>temsyrolimusu</i>;</li> <li>13) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;</li> <li>14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</li> <li>15) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie);</li> <li>16) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>17) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> </ol>

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

## 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

### 1.2.1. pazopanibem

- 1) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (dalej IMDC);

### 1.2.2. kabozantinibem

- 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie według skali IMDC;

### 1.2.3. temsyrolimusem

- 18) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;
- 19) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;
- 20) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów);
- 21) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

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

## 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantinibu*;
- 7) oznaczenie stężeń cholesterolu i trójglicerydów – dla *temsyrolimusu*;
- 8) oznaczenie stężenia  $ft_4$  i TSH - dla *ipilimumabu* z *niwolumabem*, *kabozantinibu*;
- 9) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 10) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

<p>1) niekorzystne rokowanie według skali IMDC;</p> <p><b>1.2.4. niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem</b></p> <p>1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC;</p> <p>2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;</p> <p>3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;</p> <p>4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);</p> <p>5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku <i>niwolumabu z ipilimumabem</i> z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);</p>		<p>1) nie rzadziej niż co 4-8 tygodni - w przypadku leczenia <i>kabozantynibem, pazopanibem, temsyrolimusem i niwolumabem</i> w fazie monoterapii;</p> <p>2) dodatkowo w 3, 5, 7 i 9 tygodniu w przypadku leczenia <i>pazopanibem</i> dla oznaczeń określonych w punktach 3, 4, 5;</p> <p>3) co 3-6 tygodni – w fazie leczenia skojarzonego <i>ipilimumabem z niwolumabem</i>.</p> <p>Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;</p> <p>2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;</p> <p>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);</p> <p>2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);</p> <p>3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
---	--	---

- 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna) tych ognisk, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) ciąża lub okres karmienia piersią;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;
- 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 8) w przypadku nietolerancji *pazopanibu* możliwa jest w uzasadnionych przypadkach zmiana terapii na inny inhibitor wielokinazowy o działaniu antyangiogennym (finansowany w katalogu chemioterapii), przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia (z uwzględnieniem pkt. 2) uniemożliwia taką procedurę;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.

#### 4. Monitorowanie programu

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

<p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li> <li>3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</li> <li>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.</li> </ol> <p>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.</p>		
<b>II LINIA LECZENIA</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>aksytynibem, kabozantynibem, niwolumabem</i></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenia stężenia kreatyniny we krwi;</li> </ol>

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

- 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków.

## 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

### 1.2.1. *aksytynibem*

- 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin;
- 2) brak wcześniejszego leczenia *aksytynibem*;

### 1.2.2. *kabozantynibem*

- 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin;
- 2) brak wcześniejszego leczenia *kabozantynibem*;

### 1.2.3. *niwolumabem*

- 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym;

## 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenia stężenia kreatyniny;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;
- 6) badanie ogólne moczu – dla *kabozantynibu*;
- 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla *kabozantynibu* i *niwolumabu*;
- 8) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni.

Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.

## 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

- 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;
- 2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- 1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);
- 2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);
- 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego

- 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.

## 4. Monitorowanie programu

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



<p>(chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>4) ciąża lub okres karmienia piersią;</li><li>5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;</li><li>6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;</li><li>7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</li><li>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</li></ol> <p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li></ol>		
--	--	--

<p>3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
<b>III LINIA LECZENIA</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie:</p> <p>a) raka nerkowokomórkowego z wyłączeniem raka z kanałików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>,</p> <p>b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku <i>niwolumabu</i>;</p> <p>2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (dalej ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i></b></p> <p>1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>8) oznaczenie stężenia TSH i fT4;</p> <p>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;</p> <p>10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>;</p> <p>11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;</p>

<p>3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100;</p> <p>4) ukończony 18. rok życia;</p> <p>5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego;</p> <p>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST);</p> <p>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</p> <p>8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem;</p> <p>9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową;</p> <p>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</p> <p>12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <p><b>1.2.1. kabozantynibem</b></p>		<p>12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;</p> <p>13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</p> <p>14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie);</p> <p>15) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>16) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;</p> <p>18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;</p> <p>19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów);</p> <p>20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>6) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>;</p> <p>7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH;</p> <p>8) pomiar ciśnienia tętniczego;</p>
---	--	---

<p>1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym w 1. linii leczenia (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin) oraz <i>niwolumabem</i> w 2. linii leczenia;</p> <p>2) brak wcześniejszego leczenia <i>kabozantinibem</i>;</p> <p><b>1.2.2. niwolumabem</b></p> <p>1) udokumentowane niepowodzenie dwóch linii wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin);</p> <p>2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego;</p> <p>3) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;</p> <p>4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia <i>niwolumabem</i> (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);</p> <p>5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>		<p>9) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni.</p> <p>Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;</p> <p>2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;</p> <p>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>1) nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością opóźnienia do 2 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);</p> <p>2) w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane nie rzadziej niż co 6 miesięcy (z możliwością opóźnienia do 4 tyg. w przypadku wystąpienia przerw w leczeniu);</p> <p>3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby i zawsze w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p> <p>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 4 powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</p>
--	--	--

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

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST (w przypadku niwolumabu z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni);
- 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna), o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) ciąża lub okres karmienia piersią;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;
- 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych

### 4. Monitorowanie programu

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

<p>oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p> <p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li><li>3) pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</li><li>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.</li></ol> <p>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.</p>		
--	--	--

Załącznik B.12.FM.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>I. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA GRUDKOWEGO (ICD-10: C82)</b>		
<p>W ramach części I. programu lekowego w niżej wskazanych liniach leczenia chorym na chłoniaka grudkowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w I linii leczenia – <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)</i>;</li> <li>2) w II i kolejnych liniach leczenia – <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną</i></li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona histologicznie diagnoza chłoniaka grudkowego;</li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w I linii leczenia</b></p> <p>1.1.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklu 1:</u> w dawce 1000 mg podawany w skojarzeniu z chemioterapią w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego):</u> w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia.</p> <p><u>Chemioterapia:</u></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,</li> <li>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>5) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);</li> <li>6) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej, w tym ocena obecności antygenu CD20 – w przypadku kwalifikacji do I linii leczenia;</li> </ol>

<p>klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>8) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.2. Kryteria kwalifikacji do I linii leczenia</b></p> <p>1) zaawansowany chłoniak grudkowy w stadium II <i>bulky</i>, III, IV wg Ann Arbor;</p> <p>2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka grudkowego.</p> <p><b>1.3. Kryteria kwalifikacji do II i kolejnych linii leczenia</b></p> <p>1) stosowana uprzednio co najmniej jedną linię leczenia chłoniaka grudkowego;</p> <p>2) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab.</p> <p>Oba kryteria (1 i 2) muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami</p>	<p>1) <b>CHOP</b> – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu albo</p> <p>2) <b>CVP</b> – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu albo</p> <p>3) <b>Bendamustyna</b> – w dawce 90 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia</p> <p>Leczenie indukujące obejmuje nie więcej niż 6-8 cykli w przypadku połączenia z chemioterapią CHOP lub CVP i nie więcej niż 6 cykli w przypadku połączenia z bendamustyną.</p> <p>1.1.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii</p> <p><b>Obinutuzumab:</b> w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.</p> <p><b>1.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w II lub kolejnych liniach leczenia</b></p> <p>1.2.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną</p> <p><b>Obinutuzumab w cyklu 1.:</b> w dawce 1000 mg w podawany w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu),</p>	<p>7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA;</p> <p>8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;</p> <p>9) test ciąży (u kobiet w wieku rozrodczym).</p> <p>W przypadku lokalizacji pozawęzłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne).</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania przeprowadzane przed każdym cyklem oraz dodatkowo w cyklu 1 przed podaniem obinutuzumabu w dniu 8 i 15:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</p> <p>4) oznaczenie stężenia elektrolitów:</p> <p>a) oznaczenie stężenia sodu,</p> <p>b) oznaczenie stężenia potasu.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p>
--	---	---



<p>wylączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w I linii leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6-8 cykli (w zależności od zastosowanej chemioterapii), a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata;</li> <li>2) obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną w II lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata.</li> </ol> <p><b>3. Kryteria wylączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia;</li> <li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.), uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li> <li>3) okres ciąży lub karmienia piersią;</li> <li>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li> <li>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li> <li>6) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML);</li> <li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony</li> </ol>	<p>8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> w dawce 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p><u>Bendamustyna w cyklach 1-6:</u> w dawce 90 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia.</p> <p>1.2.2. Leczenie podtrzymujące – obinutuzumab w monoterapii</p> <p><u>Obinutuzumab:</u> w dawce 1000 mg podawany raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukującego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR).</li> </ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
--	---	---

świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
<b>II. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD-10: C83, C85)</b>		
<p>W ramach części II. programu lekowego chorym na chłoniaka złośliwego (ICD-10: C83, C85) udostępnia się terapię piksantronem w III lub IV linii leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczny z limfocytów B (ICD-10: C83, C85);</li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>4) udokumentowane niepowodzenie w II lub III linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w III lub IV linii leczenia);</li> <li>5) LVEF <math>\geq 45\%</math>;</li> <li>6) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1,0 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 75 \times 10^9/l</math> (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka);</li> <li>7) całkowite stężenie bilirubiny <math>&lt; 1,5 \times \text{GGN}</math>, kreatyniny <math>&lt; 1,5 \times \text{GGN}</math>, AST oraz ALT <math>&lt; 2 \times \text{GGN}</math> (w przypadku zajęcia wątroby <math>&lt; 5 \times \text{GGN}</math>);</li> <li>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego, w tym</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p>Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m<sup>2</sup> pc. w postaci infuzji dożylniej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne);</li> <li>5) elektrokardiografia (EKG);</li> <li>6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO;</li> <li>7) test ciąży (u kobiet w wieku rozrodczym).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym),</li> <li>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</li> <li>c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>2) badania wykonywane co drugi cykl leczenia (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu): <ol style="list-style-type: none"> <li>a) elektrokardiografia (EKG),</li> <li>b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO.</li> </ol> </li> </ol>

<p>niewystępowanie niewyrównanej niewydolności serca lub niestabilnego zespołu wieńcowego;</p> <p>11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>12) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>14) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż leczenie piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) progresja choroby;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>3) stan sprawności 3-4 według skali ECOG;</p> <p>4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym:</p> <p>a) kardiotoxyczność 3. lub 4. stopnia wg NYHA lub utrzymujący się spadek LVEF <math>\geq 15\%</math> w stosunku do stanu</p>		<p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badania wykonywane w razie podejrzenia progresji choroby – odpowiednie badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne).</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
--	--	---

<p>wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;</p> <p>b) 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;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
<b>III. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B</b>		
<b>III.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA ROZLANEGO Z DUŻYCH KOMÓREK B (DLBCL)</b>		
<p>W ramach części III.A. programu lekowego chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) udostępnia się poniższe terapie:</p> <p>1) w I linii leczenia:</p> <p>a) <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i>;</p> <p>2) w II lub kolejnych liniach leczenia:</p> <p>a) <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i>,</p> <p>b) <i>tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</b></p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p>1.1.1. Cykle 1-6:</p> <p><u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylniej co 21 dni w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (R-CHP) przez 6 cykli.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,</p> <p>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</p>

<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);</li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>5) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> <li>6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li> <li>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</li> <li>9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w I linii leczenia</b></p> <p><b>1.2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) uprzednio nieleczony chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL);</li> </ol>	<p>Polatuzumab wedotyny, rytuksymab, cyklofosfamid i doksorubicyna mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu po podaniu prednizonu.</p> <p><u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m<sup>2</sup> pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p><u>Cyklofosfamid</u> – zalecana dawka cyklofosfamidu wynosi 750 mg/m<sup>2</sup> pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p><u>Doksorubicyna</u> – zalecana dawka doksorubicyny wynosi 50 mg/m<sup>2</sup> pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p><u>Prednizon</u> – zalecana dawka prednizonu wynosi 100 mg/dobę doustnie w dniach 1-5 każdego cyklu.</p> <p>1.1.2. Cykle 7-8:</p> <p><u>Rytuksymab</u> podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 375 mg/m<sup>2</sup> pc. w 1. dniu cyklu 7 i cyklu 8.</p> <p><b>1.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</b></p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożyłnej co 21 dni w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem przez 6 cykli.</p> <p>Polatuzumab wedotyny, bendamustyna i rytuksymab mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);</li> <li>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;</li> <li>6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA;</li> <li>7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>8) dodatkowo w przypadku terapii <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>9) dodatkowo w przypadku terapii <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i>:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) elektrokardiografia (EKG),</li> <li>b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA,</li> <li>c) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy).</li> </ol> </li> </ol> <p>W przypadku lokalizacji pozawązłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne).</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem lub polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</b></p> <p>Badania przeprowadzane przed każdym cyklem:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> </ol>
--	---	--

<p>2) międzynarodowy indeks prognostyczny (IPI) 3-5;</p> <p>3) nieobecność neuropatii obwodowej <math>\geq 2</math> stopnia;</p> <p>4) stężenie bilirubiny <math>\leq 1,5</math> razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).</p> <p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w II lub kolejnych liniach leczenia</b></p> <p><b>1.3.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</b></p> <p>1) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;</p> <p>2) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;</p> <p>3) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego;</p> <p>4) nieobecność neuropatii obwodowej <math>\geq 2</math> stopnia;</p> <p>5) stężenie bilirubiny <math>\leq 1,5</math> razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).</p> <p><b>1.3.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</b></p> <p>1) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;</p> <p>2) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;</p> <p>3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.4.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem</p>	<p>Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl.</p> <p><u>Bendamustyna</u> – zalecana dawka wynosi 90 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu.</p> <p><u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m<sup>2</sup> pc. w 1. dniu każdego cyklu.</p> <p><b>1.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni.</p> <p>1.3.1. Cykle 1-12:</p> <p><u>Tafasytamab</u> w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. podawany w infuzji dożylniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– w cyklu 1. – w dniach 1., 4., 8., 15., i 22.,</li> <li>– w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu,</li> <li>– od cyklu 4. do cyklu 12. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.</li> </ul> <p><u>Lenalidomid</u> – zalecana dawka początkowa wynosi 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu – od cyklu 1. do cyklu 12.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>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.</p>	<p>2) ocena wydolności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ul> <p>2) ocena wydolności nerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</li> </ul> <p>3) oznaczenie stężenia elektrolitów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia sodu,</li> <li>b) oznaczenie stężenia potasu.</li> </ul> <p><b>2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</b></p> <p>Badania przeprowadzane przed każdym cyklem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) – badanie przeprowadzane dodatkowo przed każdym podaniem tafasytamabu;</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ul> </li> <li>3) ocena wydolności nerek: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</li> </ul> </li> <li>4) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> </ul> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p>
--	--	---

<p>trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> – maksymalny czas trwania terapii skojarzonej wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia rytuksymabem w monoterapii wynosi 2 cykle (cykl nr 7 i cykl nr 8);</li><li>2) <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i> – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli;</li><li>3) <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i> – maksymalny czas leczenia tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem wynosi 12 cykli, natomiast przez kolejne cykle tafasytamab jest podawany w monoterapii do momentu wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.</li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li></ol>	<p>1.3.2. Od 13 cyklu:</p> <p>Tafasytamab od 13. cyklu podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. w infuzji dożyłnej – w dniach 1. i 15. każdego cyklu.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>3.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem lub polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</b></p> <p>Badania wykonywane po 3. cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).</li></ol> <p><b>3.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</b></p> <p>Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia – po 3. cyklach leczenia, po 6 miesiącach i po 12 miesiącach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR).</li></ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia, z wyjątkiem oceny po 3 cyklu leczenia, podczas której można zastosować TK, nawet jeśli przy kwalifikacji do programu wykonano badanie PET-TK.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji – dotyczy każdej z terapii w tej części programu.</p>
--	---	--

<p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) rozpoznanie postępującej wielogniskowej leukoencefalopatii (PML);</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
<b>III.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B – TERAPIA CAR-T</b>		
<p>W ramach części III.B. programu lekowego chorym na chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem:</p> <p>1) aksykabtagenu cyloleucelu albo</p> <p>2) tisagenlecleucelu</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <p>1) potwierdzony histologicznie:</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p>Schemat dawkowania <u>aksykabtagenu cyloleucelu</u> oraz <u>tisagenlecleucelu</u> zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych substancji czynnych.</p> <p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych dla tych produktów.</p>	<p><b>1. Badania</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>3) ocena funkcji wątroby, tj.:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</p> <p>4) ocena funkcji nerek, tj.:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p>



<p>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 aktykaptagenem cytoleucelu albo tisagenlecleucelem,</p> <p>albo</p> <p>b) pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL) – dotyczy leczenia wyłącznie aktykaptagenem cytoleucelu;</p> <p>2) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T;</p> <p>4) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego;</p> <p>5) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anti-CD20 i antracykliny;</p> <p>6) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT);</p> <p>7) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;</p> <p>8) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;</p> <p>9) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p>Aktykaptagen cytoleucelu 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 aktykaptagenem cytoleucelu lub tisagenlecleucelem.</p> <p><b>2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</b></p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu.</p>	<p>5) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>6) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR);</p> <p>7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK;</p> <p>8) elektrokardiografia (EKG);</p> <p>9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA;</p> <p>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>11) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy);</p> <p>12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs – w przypadku dodatnich anti-HBc wykonać HBV DNA);</p> <p>13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anti-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anti-HCV).</p> <p><b>1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) białka ostrej fazy:</p> <p>a) oznaczenie stężenia CRP,</p> <p>b) oznaczenie stężenia ferrytyny;</p> <p>3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:</p> <p>a) oznaczenie APTT,</p> <p>b) oznaczenie INR,</p> <p>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</p> <p>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu;</p> <p>4) ocena funkcji nerek (jak wyżej);</p>
---	---	--

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie akcykaptagenu cyloleucelu albo jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.</p> <p><b>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</b></p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;</li><li>4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;</li><li>5) aktywna hemoliza;</li><li>6) aktywna koagulopatia;</li><li>7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;</li><li>8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;</li><li>9) zakażenie HIV;</li><li>10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C;</li><li>11) aktywna choroba autoimmunologiczna;</li><li>12) pierwotny niedobór odporności;</li><li>13) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak:<ol style="list-style-type: none"><li>a) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia akcykaptagenem cyloleucelu,</li></ol></li></ol>		<p>5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej).</p> <p><b>1.3. Badania w dniu następnym po podaniu akcykaptagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li><li>2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie APTT,</li><li>b) oznaczenie INR,</li><li>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li><li>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;</li></ol></li><li>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</li><li>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).</li></ol></li></ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS;</li><li>2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</li><li>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>d) oznaczenie APTT,</li></ol></li></ol>
--	--	---

<p>b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucelem;</p> <p>14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania akcyktagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu.</p>		<p>e) oznaczenie INR,</p> <p>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</p> <p>g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</p> <p>h) oznaczenie stężenia D-dimerów;</p> <p>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);</p> <p>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</p> <p>8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;</p> <p>9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>10) znaczenie stężenia elektrolitów.</p> <p>Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania akcyktagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T:</p> <p>1) TK lub NMR lub PET-TK.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p>
---	--	---

		<p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
<b>IV.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7)</b>		
<p>W ramach części IV.A. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) udostępnia się terapię ibrutynibem w monoterapii, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka z komórek płaszczka;</li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>4) nawrót albo progresja lub oporność na wcześniejsze leczenie;</li> <li>5) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia;</li> <li>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</li> <li>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p>Zalecana dawka ibrutynibu wynosi 560 mg podawana doustnie 1 raz na dobę.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie wskaźnika eGFR,</li> <li>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>4) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>5) oznaczenie stężenia albumin;</li> <li>6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);</li> <li>7) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza;</li> <li>8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA;</li> </ol>

<p>10) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni ibrutynibem w monoterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</li></ol>		<p>9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;</p> <p>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</p> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 12 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej co 3 miesiące:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li></ol></li><li>2) badania wykonywane co 3 miesiące:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li><li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li><li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li></ol></li><li>3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek,</li><li>b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków.</li></ol></li></ol> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane w trakcie 4. oraz 7. miesiąca leczenia, a następnie w przypadku podejrzenia progresji/nawrotu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) TK lub PET-TK lub NMR – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza.</li></ol>
---	--	---

<p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		<p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p>
<p><b>IV.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7) – TERAPIA CAR-T</b></p>		
<p>W ramach części IV.B. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszczka (MCL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem breksukabtagenu autoleucelu, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie chłoniak z komórek płaszczka (MLC);</li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p>Schemat dawkowania breksukabtagenu autoleucelu zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu. Przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Breksukabtagen autoleucelu musi być podawany w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady</p>	<p><b>1. Badania</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego;</li> <li>2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>3) ocena funkcji wątroby, tj.:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>4) ocena funkcji nerek, tj.:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> </ol> </li> <li>5) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie APTT,</li> </ol> </li> </ol>

<p>4) stosowano wcześniej co najmniej dwie linie leczenia systemowego, w tym inhibitor kinazy tyrozynowej Brutona (inhibitor BTK);</p> <p>5) oporność na leczenie zdefiniowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) lub częściowej remisji (PR) po ostatniej linii leczenia lub progresja choroby po ostatniej linii leczenia;</p> <p>6) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii;</p> <p>7) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji breksukabtagenu autoleucelu.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie breksukabtagenu autoleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.</p> <p><b>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</b></p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) okres ciąży lub karmienia piersią;</li> <li>3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;</li> <li>4) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;</li> <li>5) aktywna hemoliza;</li> </ol>	<p>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 breksukabtagenem autoleucelu.</p> <p><b>2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</b></p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla breksukabtagenu autoleucelu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>b) oznaczenie INR,</li> <li>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li> <li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li> <li>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK;</li> <li>8) elektrokardiografia (EKG);</li> <li>9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA;</li> <li>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>11) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy);</li> <li>12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs – w przypadku dodatnich anti-HBc wykonać HBV DNA);</li> <li>13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anti-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anti HCV).</li> </ol> <p><b>1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem (wzorem odsetkowym);</li> <li>2) białka ostrej fazy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li> <li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny;</li> </ol> </li> <li>3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie APTT,</li> <li>b) oznaczenie INR,</li> </ol> </li> </ol>
---	--	--

<p>6) aktywna koagulopatia;</p> <p>7) zakrzepowe zapalenie żył głębokich lub zatorowość płucna w ciągu ostatnich 6 miesięcy;</p> <p>8) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) przez chłoniaka lub przez inne choroby obejmujące OUN;</p> <p>9) zakażenie HIV;</p> <p>10) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C;</p> <p>11) aktywna choroba autoimmunologiczna;</p> <p>12) pierwotny niedobór odporności;</p> <p>13) aktywna, przewlekła lub ostra choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</p> <p>14) żywa szczepionka podana w ciągu 6 tygodni przed planowanym rozpoczęciem chemioterapii limfodeplecyjnej;</p> <p>15) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: cyklofosfamid i fludarabina;</p> <p>16) nawrót choroby bez ekspresji CD19 po wcześniejszej terapii anty-CD19;</p> <p>17) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania breksukabtagenu autoleucelu.</p>		<p>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</p> <p>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu;</p> <p>4) ocena funkcji nerek (jak wyżej);</p> <p>5) ocena funkcji wątroby (jak wyżej).</p> <p><b>1.3. Badania w dniu następnym po podaniu breksukabtagenu autoleucelu</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:</p> <p>a) oznaczenie APTT,</p> <p>b) oznaczenie INR,</p> <p>c) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</p> <p>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</p> <p>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;</p> <p>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):</p> <p>a) oznaczenie stężenia CRP,</p> <p>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</p> <p>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH).</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T:</b></p> <p>1) przez pierwsze 10 dni po podaniu infuzji należy codziennie monitorować pacjenta w wykwalifikowanym ośrodku leczniczym, czy nie występują u niego objawy przedmiotowe i podmiotowe CRS, zdarzeń neurologicznych i innych działań toksycznych;</p>
--	--	--



		<p>2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</li><li>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>d) oznaczenie APTT,</li><li>e) oznaczenie INR,</li><li>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li><li>h) oznaczenie stężenia D-dimerów;</li></ul> <p>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);</p> <p>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</p> <p>8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;</p> <p>9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>10) oznaczenie stężenia elektrolitów.</p> <p>Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania breksukabtagenu autoleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p>
--	--	--

		<p>Badania wykonywane co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy od podania CAR-T:</p> <p>1) TK lub NMR lub PET-TK.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p>
		<p><b>1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) całkowita odpowiedź (CR),</p> <p>b) częściowa odpowiedź (PR),</p> <p>c) choroba stabilna (SD),</p>

		<p>d) brak odpowiedzi (NR), e) progresja choroby (PD), f) przeżycie bez progresji choroby (PFS), g) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

Załącznik B.14.

**LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.1)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową przewlekłą białaczkę szpikową albo chorym z nietolerancją <i>imatynibu</i> udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>nilotynibem</i>,</li> <li>2) <i>bosutynibem</i>,</li> <li>3) <i>ponatynibem</i>,</li> <li>4) <i>asciminibem</i>,</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>3) rozpoznanie przewlekłej białaczki szpikowej z udokumentowaną obecnością genu <i>BCR-ABL1</i> lub chromosomu Filadelfia (Ph+);</li> <li>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. nilotynib</b></p> <p>Zalecana dawka <i>nilotynibu</i> wynosi 400 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 800 mg).</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.</p> <p><b>1.2. bosutynib</b></p> <p>Zalecana dawka <i>bosutynibu</i> wynosi 500 mg podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>Zwiększenie dawki do 600 mg raz na dobę jest dozwolone u pacjenta, u którego nie wystąpiły ciężkie ani długotrwałe działania niepożądane o nasileniu umiarkowanym w sytuacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nieosiągnięcia całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8,</li> <li>2) nieosiągnięcia całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.</li> </ol> <p><b>1.3. ponatynib</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> <li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>7) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie);</li> <li>8) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie);</li> <li>9) badanie mutacji domeny kinazy ABL w przypadku oporności na poprzednio stosowany inhibitor kinazy tyrozynowej;</li> <li>10) dodatkowo w przypadku terapii <i>nilotynibem</i> lub <i>ponatynibem</i>: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi,</li> <li>c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi,</li> <li>d) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi,</li> <li>e) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi;</li> </ol> </li> </ol>

<p>5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji, jeśli stwierdza się oporność na te leki.</p> <p>W przypadku nietolerancji inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji możliwe jest zastosowanie 3 inhibitorów drugiej generacji.</p> <p>W przypadku ciąży lub karmienia piersią należy postępować zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku oraz aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. nilotinibem lub bosutinibem – w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej w fazie przewlekłej lub akceleracji</b></p> <p>1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji;</p> <p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym leczenie <i>imatynibem</i>;</p> <p>3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:</p> <p>a) oporność na leczenie <i>imatynibem</i> oraz obecność mutacji innej niż T315I,</p> <p>lub</p> <p>b) brak remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia <i>imatynibem</i>,</p> <p>lub</p>	<p>Zalecana dawka początkowa <i>ponatynibu</i> wynosi:</p> <p>1) 45 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją przewlekłej białaczki szpikowej do fazy akceleracji lub fazy kryzy blastycznej,</p> <p>2) 30 mg lub 15 mg podawana doustnie raz na dobę – u pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym.</p> <p>U świadczeniobiorcy, który osiągnął przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku &lt;35%) lub BCR-ABL &lt;10% IS (MR<sup>1</sup>), można zredukować dawkę <i>ponatynibu</i> do 30 mg lub 15 mg raz na dobę, w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.</p> <p><b>1.4. asciminib</b></p> <p>Zalecana dawka <i>asciminibu</i> wynosi 40 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 80 mg).</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania, dodatk o we informacje</b></p>	<p>11) dodatkowo w przypadku terapii <i>asciminibem</i> – oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane raz w miesiącu, a po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 3 miesiące:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia);</p> <p>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>6) dodatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>, <i>asciminibem</i> – oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi;</p> <p>7) dodatkowo w przypadku terapii <i>nilotinibem</i> lub <i>ponatynibem</i> (dotyczy tylko chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem):</p> <p>a) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi,</p> <p>b) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi,</p> <p>c) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:</p> <p>1) badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne* – co 3 miesiące do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej</p>
--	---	---

<p>c) brak częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;10% IS (MR<sup>1</sup>) w 6 miesiącu leczenia <i>imatynibem</i>,</p> <p>lub</p> <p>d) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;1% IS (MR<sup>2</sup>) po 12 miesiącach leczenia <i>imatynibem</i>,</p> <p>lub</p> <p>e) utrata osiągniętej wcześniej odpowiedzi hematologicznej lub cytogenetycznej lub większej molekularnej MR<sup>3</sup> (tj. po utracie odpowiedzi- BCR-ABL &gt;0,1% IS),</p> <p>lub</p> <p>f) progresja choroby,</p> <p>lub</p> <p>g) nietolerancja leczenia <i>imatynibem</i>,</p> <p>lub</p> <p>h) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).</p> <p><b>1.2.2. <i>bosutinibem</i> – w przypadku przewlekłej białaczki szpikowej w fazie kryzy blastycznej</b></p> <p>1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie kryzy blastycznej;</p> <p>2) wcześniejsze leczenie <i>imatynibem</i> lub innym inhibitorem kinazy tyrozynowej, po którym wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).</p> <p><b>1.2.3. <i>ponatynibem</i></b></p>	<p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>– CCyR lub BCR-ABL &lt;1% IS (MR<sup>2</sup>), a następnie ilościowe badanie molekularne* co 3 miesiące.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p><b>3.1. Monitorowanie w fazie odstawienia leczenia <i>nilotinibem</i> u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną (≥MR<sup>4</sup>)</b></p> <p>Badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 6 miesięcy od odstawienia <i>nilotinibu</i>, następnie co 6 tygodni przez kolejne 6 miesięcy, a później co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) ilościowe badanie molekularne* (liczba kopii transkryptu BCR-ABL1).</li> </ol> <p><b>3.2. Monitorowanie po wznowieniu leczenia <i>nilotinibem</i> u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia <i>nilotinibem</i></b></p> <p>Badania wykonywane co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) ilościowe badanie molekularne* (liczba kopii transkryptu BCR-ABL1).</li> </ol>
--	---	--

- 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej;
- 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym leczenie *imatynibem*;
- 3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:
  - a) oporność na leczenie *imatynibem* związana z wykrytą mutacją T315Ilub
  - b) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).

#### 1.2.4. *asciminibem*

- 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej;
- 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia;
- 3) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

#### 4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
  - a) odpowiedź całkowita hematologiczna (CHR),
  - b) odpowiedź cytogenetyczna:
    - całkowita (CCyR),
    - częściowa (PCyR),
    - mniejsza (mCyR),
    - minimalna (minCyR),
    - brak odpowiedzi (nCyR),
  - c) odpowiedź molekularna:
    - większa (MMR, MR<sup>3</sup>),
    - głęboka (MR<sup>4</sup> lub MR<sup>4,5</sup> lub MR<sup>5</sup>),
  - d) progresja choroby (PD),
  - e) przeżycie bez progresji choroby (PFS),
  - f) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>nilotinibem</i> – można rozważyć odstawienie leczenia u pacjenta, który uzyskał trwałą głęboką odpowiedź molekularną (<math>\geq</math>MR<sup>4</sup>) oraz spełnione są łącznie następujące warunki:<ol style="list-style-type: none"><li>a) w pierwszej linii leczenia zastosowano <i>imatynib</i>,</li><li>b) leczenie <i>nilotinibem</i> trwało przynajmniej 3 lata, a głęboka odpowiedź molekularna na leczenie <i>nilotinibem</i> utrzymuje się przez minimum jeden rok przed planowanym odstawieniem leczenia,</li></ol></li></ol> <p>W przypadku utraty większej odpowiedzi molekularnej (MMR, MR<sup>3</sup> tj. po utracie odpowiedzi BCR-ABL jest &gt;0,1% IS) powinno zostać wznowione leczenie <i>nilotinibem</i> w ciągu 4 tygodni od utraty MMR.</p> <p>W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia <i>nilotinibem</i>.</p> <p>W przypadku stwierdzenia oporności na dwie linie leczenia, jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorca jest kandydatem do przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych, należy wszcząć procedurę kwalifikacji do transplantacji.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu (występujące podczas leczenia ostatnim z możliwych do zastosowania inhibitorów, w przypadku chorych, u których zastosowano wszystkie dostępne terapie zgodnie z zapisami programu lekowego) lub kryteria zmiany inhibitora kinazy tyrozynowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia wyrażająca się:</li></ol>		<p>lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) *badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka.</li></ol>
---	--	---



<p>a) utratą odpowiedzi hematologicznej, lub b) utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej, lub c) zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorcy z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, lub d) utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej lub e) pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+) lub nowych mutacji domeny kinazy ABL;</p> <p>2) brak odpowiedzi hematologicznej po 3 miesiącach stosowania leku;</p> <p>3) brak minimalnej odpowiedzi cytogenetycznej (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku &gt;95%) po 3 miesiącach stosowania leku;</p> <p>4) brak częściowej cytogenetycznej odpowiedzi (tj. sytuacja, w której odsetek komórek Ph(+) w szpiku &gt;35%) lub BCR-ABL1 &gt;10% IS (MR<sup>1</sup>) po 6 miesiącach stosowania leku;</p> <p>5) brak redukcji BCR-ABL1 do &lt;1% IS po 12 miesiącach stosowania leku;</p> <p>6) znalezienie dawcy i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych u danego świadczeniobiorcy;</p> <p>7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p>		
--	--	--

<p>8) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
--	--	--

Załącznik B.15.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>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.</p> <p><b>1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień</b></p> <p><b>1.1.</b> 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.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczo pochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.</p> <p><b>1.2.</b> Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczo pochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe,</p>	<p><b>1. Pierwotna profilaktyka krwawień</b></p> <p>1) czynnik VIII osoczo pochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:</p> <p>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);</p> <p>b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>2) czynnik IX osoczo pochodny: 100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><b>2. Wtórna profilaktyka krwawień</b></p> <p>1) czynnik VIII osoczo pochodny:</p> <p>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-</p>	<p><b>1. Kwalifikacja do leczenia</b></p> <p>W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania:</p> <p>1) badania przesiewowe:</p> <p>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT),</p> <p>b) czas protrombinowy (PT),</p> <p>c) czas trombinowy (TT);</p> <p>2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym;</p> <p>3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII;</p> <p>4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg);</p> <p>5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen);</p> <p>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)</p> <p>7) morfologia krwi.</p> <p>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</p>

<p>rozpoczęta do 3. roku życia.</p> <p>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.</p> <p><b>1.3.</b> Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;</li> <li>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.</li> </ol> <p><b>2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień</b></p> <p><b>2.1.</b> 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.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach wtórnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;</li> <li>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o</li> </ol>	<p>700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);</p> <p>b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</li> <li>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).</li> </ol> <p><b>3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego,</b> zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu:</p> <p><b>3.1.</b> Dawkowanie czynnika VIII:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin;</li> <li>2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;</li> <li>3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.;</li> <li>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.</li> </ol> <p><b>3.2.</b> Dawkowanie czynnika IX</p>	<p>leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Ocena skuteczności leczenia</b></p> <p>W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;</li> <li>2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;</li> <li>3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.</li> </ol> <p><b>2.2.</b> W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.</p> <p>Badania w monitorowaniu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku;</li> <li>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku;</li> <li>3) obecność przeciwciał anti-HBs;</li> <li>4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anti-HBs), u dodatnich przeciwciała anti-HBc i anti-HBe, DNA HBV;</li> <li>5) przeciwciała anti-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV;</li> <li>6) przeciwciała anti-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV;</li> <li>7) USG naczyń w okolicy dościa żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;</li> <li>8) badanie ogólne moczu.</li> </ol>
--	--	--

<p>przedłużonym działaniu.</p> <p><b>2.2.</b> Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;</li><li>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.</li></ol> <p><b>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).</b></p> <p>Finansowanie realizacji wywoływania tolerancji immunologicznej odbywa się poprzez realizację stosownych umów z podmiotami odpowiedzialnymi. Wymóg zawarcia przedmiotowych umów jest zapisywany w specyfikacji przetargowej.</p> <p>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.</p> <p>Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18. roku życia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie</li></ol>	<p>osoczopochodnego:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co 12 godzin;</li><li>2) od drugiej do piątej doby: 40 do 60 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;</li><li>3) szósta doba jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.;</li><li>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.</li></ol> <p><b>3.3.</b> Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX rekombinowanego o przedłużonym działaniu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin;</li><li>2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;</li><li>3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.;</li><li>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.</li></ol> <p><b>3.4.</b> Dawkowanie rekombinowanego czynnika krzepnięcia IX połączonego z rekombinowaną albuminą w leczeniu okołozabiegowym:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pierwsza dawka czynnika IX, 50-100 j.m. / kg mc. przed zabiegiem;</li><li>2) powtarzać przez pierwszy tydzień co 24-72 godz. w dawce 50-100 j/kg mc.;</li></ol>	<p><b>2.3.</b> Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);</li><li>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)</li></ol> <p>- w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogennego.</p> <p><b>2.4.</b> Oznaczanie inhibitora</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdym 10 przetoczeniach;</li><li>2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy;</li><li>3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny;</li><li>4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce.</li></ol> <p>W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.</p> <p>W przypadku wykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane co miesiąc (możliwa jest zmiana częstotliwości oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego</p>
--	--	--

<p>niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy) zakwalifikowani na podstawie decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B;</p> <p>2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>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).</p> <p><b>5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu</b> (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony):</p> <p>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;</p> <p>2) ukończenie 18. roku życia.</p> <p><b>6. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>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.</p>	<p>3) trzecia dawka w dniu zdjęcia szwów, 50 - 80 j.m./ kg mc. (10 -14 doba).</p> <p>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.</p>	<p>centrum leczenia hemofilii).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	---	--

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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54);</p> <p>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;</p> <p>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1</b> 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).</p> <p><b>1.2</b> 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. ).</p> <p>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.</p> <p>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</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AlAT;</li> <li>3) AspAT;</li> <li>4) oznaczanie subpopulacji limfocytów;</li> <li>5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał;</li> <li>6) proteinogram;</li> <li>7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów;</li> <li>8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych;</li> <li>9) badanie składowych dopełniacza;</li> <li>10) test stymulacji limfocytów.</li> </ol> <p>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.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1</b> Immunoglobuliny dożylnie</p> <p>Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:</p>

<p>na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu. Towarzyszący niedoborowi IgG niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA wymaga leczenia w ośrodku z oddziałem intensywnej terapii.</p>	<p>następuje 1 raz na 7 – 14 dni. Sumaryczna miesięczna dawka odpowiada dawkom preparatów dożylnych.</p> <p>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.</p> <p>Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin.</p> <p>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.</p> <p>W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórną, początkowa dawka produktu leczniczego zawierającego immunoglobulinę ludzką z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy powinna być taka sama jak w dotychczasowym leczeniu podskórnym, jednak może być dostosowana do 3- lub 4- tygodniowych odstępów między kolejnymi dawkami. Pierwszą infuzję ww. produktu leczniczego należy wykonać tydzień po ostatnim podaniu uprzednio stosowanej immunoglobuliny.</p> <p>Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG</li> <li>2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCiG podaje personel medyczny</li> <li>3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCiG podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego</li> <li>4) Wizyty piąta i szóstą (opcjonalnie): SCiG administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod</li> </ol>	<p>a) morfologia krwi z rozmazem,  b) AIAT,  c) AspAT,  d) poziom IgG w surowicy.</p> <p>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.</p> <p>W przypadku wskazań dodatkowo:  a) IgA w surowicy krwi,  b) IgM w surowicy krwi.</p> <p>Raz na 6 miesięcy:  - USG jamy brzusznej.</p> <p>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.</p> <p><b>2.2 Immunoglobuliny podskórne</b>  Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy:  a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał),  b) morfologia krwi z rozmazem,  c) AIAT,  d) AspAT.</p> <p>Raz na 6 miesięcy:  - USG jamy brzusznej.</p> <p>Raz na rok:  - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV).</p> <p>O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia</p>
---	---	---



	<p>nadzorem personelu medycznego</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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</li><li>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</li><li>7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucyjnie przekraczający 3 miesiące</li></ol>	<p>w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej.</p>
--	---	---

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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>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;</p> <p>2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego;</p> <p>2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat;</p> <p>3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).</p>	<p><b>1. Dawkowanie triptoreliny</b></p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie <math>\beta</math>-gonadotropiny kosmówkowej (<math>\beta</math>-HCG);</li> <li>2) stężenie estradiolu;</li> <li>3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu;</li> <li>4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu;</li> <li>5) stężenie testosteronu;</li> <li>6) test stymulacji wydzielania LH i FSH;</li> <li>7) stężenie luteotropiny;</li> <li>8) stężenie folikulotropiny;</li> <li>9) stężenie prolaktyny;</li> <li>10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb);</li> <li>11) RTG śródreżcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego;</li> <li>12) USG miednicy małej i nadnerczy;</li> <li>13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego;</li> <li>14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka;</li> <li>15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.</li> </ol>

		<p><b>1. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) LH;</li><li>2) FSH;</li><li>3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla.</li></ol> <p>Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródreżca, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

Załącznik B.19.

**LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATOTROPINOWĄ NIEDOCZYNNOSCIĄ PRZYSADKI (ICD-10: E23)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>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.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nawracające stany hipoglikemii w okresie niemowlęcym i/lub ponimowlęcym (po wykluczeniu częstych przyczyn hipoglikemii oraz wykluczeniu hiperinsulinizmu wrodzonego i pierwotnego niedoboru glikokortykosteroidów), szczególnie u dzieci ze współistniejącymi wadami linii pośrodkowej ciała, przede wszystkim w obrębie twarzy-czaszki;</li> <li>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 ponimowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych);</li> <li>3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u niemowląt i dzieci w okresie ponimowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała,</li> <li>b) USG przeziemiączkowe lub obrazowanie OUN za pomocą MRI lub TK z kontrastem,</li> <li>c) co najmniej 5 – krotny pomiar stężenia hormonu wzrostu, optymalnie we śnie (stężenia GH <math>\geq 10</math> ng/ml nie stanowią przy tym podstawy do odstąpienia od terapii hormonem wzrostu),</li> <li>d) stężenie IGF-I i IGFBP3, (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków),</li> <li>e) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku,</li> <li>f) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;</li> </ol> </li> <li>2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;</li> <li>3) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera;</li> <li>4) stężenia hormonu wzrostu w dwóch niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu;</li> </ol>

<p>4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.);</p> <p>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);</p> <p>Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy rozpoczęciu terapii spełniały kryteria programu</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>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.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) złuszczenie głowy kości udowej;</li><li>2) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;</li><li>3) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;</li><li>4) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok;</li><li>5) osiągnięcie wieku kostnego:<ol style="list-style-type: none"><li>a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,</li><li>b) powyżej 16 lat przez chłopca.</li></ol></li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>5) stężenie IGF-1 i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków; (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków);</li><li>6) RTG śródreżcza i nadgarstka ręki niedominującej, z bliższą przynasadą kości przedramienia;</li><li>7) MRI lub TK z kontrastem OUN, ze szczególnym uwzględnieniem okolicy podwzgórzowo-przysadkowej;</li><li>8) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na<sup>+</sup> i Ca<sup>++</sup> całkowitego i zjonizowanego);</li><li>9) morfologia krwi, z rozmazem;</li><li>10) ocena przemian węglowodanowych: stężenie glukozy na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii;</li><li>11) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu;</li><li>12) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT;</li><li>13) ocena czynności tarczycy: TSH, fT4, fT3;</li><li>14) stężenie kortyzolu w godzinach rannych i wieczornych;</li><li>15) stężenie 25OH wit. D;</li><li>16) p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA;</li><li>17) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka;</li><li>18) test stymulacji wydzielania gonadotropin (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>19) konsultacja hematologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych;</li><li>20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede</li></ol>
--	--	---

<p><b>4. Kryteria czasowego wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) utrzymywanie się ponadnormatywnych stężeń IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki hormonu wzrostu;</li><li>2) objawy pseudo – tumor cerebri (do wykluczenia organicznych uwarunkowań stwierdzanych objawów);</li><li>3) źle wyrównana cukrzyca.</li></ol>		<p>wszystkim z powodu uprzednich procesów rozrostowych w obrębie OUN;</p> <p>21) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb, np. etiologii SNP/WNP.</p> <p>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Po 90 dniach od rozpoczęcia terapii:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) niemowlęta i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii:<ol style="list-style-type: none"><li>a) ocena czy ustąpiły stany hipoglikemii,</li><li>b) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała,</li><li>c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków),</li><li>d) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, odsetek glikowanej hemoglobiny (HbA1c),</li><li>e) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;</li></ol></li><li>2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;</li><li>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);</li><li>4) glikemia na czczo i odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c);</li><li>5) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb;</li></ol>
---	--	--

		<p>6) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera.</p> <p><b>2.2. Co 180 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI;</li><li>2) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera;</li><li>3) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka glikowanej hemoglobiny HbA1C lub co 365 dni test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li><li>4) pomiar stężenia TSH i fT4;</li><li>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);</li><li>6) Inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.</li></ol> <p><b>2.3. Co 365 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) RTG śródreżcza i nadgarstka ręki niedominującej z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>2) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na<sup>+</sup> i Ca<sup>++</sup> całkowitego i zjonizowanego);</li><li>3) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu;</li><li>4) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT;</li><li>5) stężenie 25(OH) wit. D (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>6) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>7) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>8) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb.</li></ol>
--	--	--

		<p><b>2.4. Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu promującej wzrastanie:</b></p> <p>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 &lt;3 ng/ml).</p> <p>Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--



Załącznik B.20.

**LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z CIĘŻKIM PIERWOTNYM NIEDOBREM IGF-1 (ICD-10 E 34.3)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>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.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;</li> <li>2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku;</li> <li>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);</li> <li>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.);</li> <li>5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn;</li> <li>6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP<sub>3</sub>;</li> <li>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li> <li>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1c</sub>;</li> <li>6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na<sup>+</sup>);</li> <li>8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;</li> <li>9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;</li> <li>10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb);</li> <li>11) RTG śródreżca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li> <li>12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP<sub>3</sub>;</li> <li>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii</li> </ol>

<p>wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> 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.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;</li><li>2) złuszczenia głowy kości udowej;</li><li>3) pseudo-tumor cerebri;</li><li>4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;</li><li>5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;</li><li>6) niezadawalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 &lt; 3 cm/rok;</li><li>7) osiągnięcie wieku kostnego:<ol style="list-style-type: none"><li>a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,</li><li>b) powyżej 16 lat przez chłopca.</li></ol></li></ol>		<p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1c</sub>.</li></ol> <p><b>2.2 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li><li>2) pomiar stężenia IGFBP3;</li><li>3) pomiar stężenia glukozy we krwi.</li></ol> <p><b>2.3 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pomiar stężenia TSH;</li><li>2) pomiar stężenia fT4;</li><li>3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na<sup>+</sup>);</li><li>4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1c</sub> lub co 365 dni</li><li>5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii</li></ol> <p><b>2.5 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;</li><li>2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;</li><li>3) RTG śródreżcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co</li></ol>
--	--	---

		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)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>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):</p> <p>1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. &gt; 50 µmol/l, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. &lt; 5 lub &gt; 40 µmol/l, po wykluczeniu niedoboru witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B<sub>12</sub> lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów;</p> <p>2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B<sub>6</sub> (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</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1.1 Zalecana dawka dobową betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g.</p> <p>Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g.</p> <p>W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;</li> <li>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);</li> <li>3) morfologia krwi;</li> <li>4) stężenie witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego we krwi;</li> <li>5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego;</li> <li>6) profil acylokarnityn metodą MS/MS;</li> <li>7) MRI OUN;</li> <li>8) konsultacja neurologiczna;</li> <li>9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);</li> <li>11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przeżył lansektomii).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;</li> <li>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);</li> <li>3) morfologia krwi;</li> <li>4) stężenie witaminy B<sub>12</sub>, kwasu foliowego, witaminy 25OH<sub>3</sub> we krwi;</li> <li>5) poziom Ca, PO<sub>4</sub><sup>3-</sup>, fosfatazy alkalicznej we krwi;</li> <li>6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);</li> </ol>

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<sub>6</sub>;

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 Ultrazadkich 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 B<sub>6</sub> - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB<sub>6</sub>-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 Ultrazadkich, 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 Ultrazadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.22.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEDO (ICD-10: E74.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>alglukozydazą alfa</i>;</li> <li>2) <i>awalglukozydazą alfa</i>,</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia <i>alglukozydazą alfa</i> lub <i>awalglukozydazą alfa</i> kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) diagnoza choroby Pompego na podstawie udokumentowanego braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym.</li> <li>2) klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) lub nieklasyczna postać (późna, late-onset) choroby Pompego,</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Alglukozydazą alfa</b></p> <p>Zalecana dawka wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie.</p> <p><b>1.2. Awalglukozydazą alfa</b></p> <p>Dawka maksymalna wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie.</p> <p>Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Postać klasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry – potwierdzone badaniem molekularnym;</li> <li>2) ocena miana CRIM (<i>cross-reactive immunological material</i>) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);</li> <li>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li> <li>6) aktywność CK, CK-MB;</li> <li>7) gazometria;</li> <li>8) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby;</li> <li>9) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała;</li> <li>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>11) EKG;</li> <li>12) USG serca;</li> <li>13) RTG klatki piersiowej;</li> <li>14) konsultacja pulmonologiczna;</li> </ol>

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

## 2. Zamiana enzymatycznej terapii zastępczej

Dopuszcza się zamianę enzymatycznej terapii zastępczej w przypadku:

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

albo

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

- przy czym taka zamiana nie zmienia linii leczenia.

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

## 3. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

15) konsultacja neurologiczna;

16) konsultacja kardiologiczna.

## 1.2. Postać nieklasyczna choroby

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

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

#### 4. Kryteria wyłączenia

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

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

#### 2. Monitorowanie leczenia

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

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

##### 2.1. Co 180 dni:

##### 2.1.1. Postać klasyczna choroby

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



		<p>14) konsultacja pulmonologiczna.</p> <p><b>2.1.2. Postać nieklasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li><li>3) stężenie CK, CK-MB;</li><li>4) gazometria;</li><li>5) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);</li><li>6) pomiary antropometryczne;</li><li>7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li><li>8) EKG;</li><li>9) USG serca</li><li>10) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);</li><li>11) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);</li><li>12) konsultacja kardiologiczna.</li></ol> <p><b>2.2. Co 365 dni:</b></p> <p><b>2.2.1. Postać klasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny).</li></ol> <p><b>2.2.2. Postać nieklasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny);</li></ol>
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none"><li>2) konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie RTG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa);</li><li>3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel;</li><li>4) konsultacja pulmonologiczna;</li><li>5) RTG klatki piersiowej;</li><li>6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia).</li></ol> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.</p> <p>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punktach 2.1. oraz 2.2.;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	---

## Załącznik B.23

**LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III (ICD-10 E 75.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Leczenie choroby Gauchera typu I imiglucerażą albo welaglucerażą alfa albo eliglustatem oraz choroby Gauchera typu III imiglucerażą</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Brak lub znaczny niedobór aktywności <math>\beta</math>-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym;</li> <li>2) Pacjenci w wieku <math>\geq 18</math> lat z typem I choroby Gauchera ze słabym (PM), średnim (IM) lub szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 - dotyczy terapii eliglustatem;</li> <li>3) Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby w przypadku terapii imiglucerażą albo welaglucerażą alfa albo eliglustatem oraz z typem III choroby w przypadku terapii imiglucerażą;</li> <li>4) Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezobjawową) postacią choroby Gauchera;</li> </ol> <p>Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub chorzy</p>	<p><b>1. Imigluceraża</b></p> <p>Dawka imigluceraży zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co 14 <math>\pm</math> 3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych.</p> <p>W przypadku braku efektywności zastosowanej dawki po 6 mies. terapii dawkę imigluceraży można zwiększyć do maksymalnej dawki, t.j. do 60 U/kg m.c. podawanych co 14 <math>\pm</math> 3 dni.</p> <p><b>2. Welaglucerażą alfa</b></p> <p>Zalecana dawka leku wynosi 60 jednostek/kg i jest podawana co 14 <math>\pm</math> 3 dni. Dawka leku może być zmodyfikowana od 15 do 60 jednostek/kg podawane co 14 <math>\pm</math> 3 dni indywidualnie dla każdego pacjenta. Maksymalna dawka leku wynosi 60 jednostek/kg podawana co 14 <math>\pm</math> 3 dni.</p> <p><b>3. Eliglustat</b></p> <p>U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim metabolizmem (EM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę.</p> <p>U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę.</p> <p>W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu <math>\beta</math>-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych);</li> <li>2) Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłączenie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem);</li> <li>3) Morfologia krwi pełna z rozmazem;</li> <li>4) Układ krzepnięcia: APTT, INR;</li> <li>5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, bilirubina;</li> <li>6) Aktywność fosfatazy alkalicznej;</li> <li>7) Stężenia witaminy D, B12, E;</li> <li>8) Stężenie cholesterolu;</li> <li>9) Chitotriozydaza;</li> <li>10) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby i śledziny;</li> <li>11) Pomiar antropometryczny (co najmniej masy i wysokości ciała);</li> <li>12) Badanie densytometryczne kości (DEXA);</li> <li>13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych);</li> <li>14) EKG, w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc);</li> </ol>

<p>wylączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerażę albo welaglucerażę alfa albo eliglustat;</li> <li>2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;</li> <li>3) Ciąża albo laktacja - dotyczy terapii eliglustatem;</li> <li>4) Pacjenci z typem II choroby. Ponadto w przypadku terapii welaglucerażą alfa albo eliglustatem pacjenci z III typem choroby;</li> <li>5) Dzieci poniżej 2 roku życia (dotyczy terapii welaglucerażą alfa);</li> <li>6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu;</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>2. Kryteria zmiany leczenia imigluceraży na welaglucerażę alfa oraz welagluceraży alfa na imiglucerażę</b> Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gauchera typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imigluceraży albo welagluceraży alfa mogą przejść na terapię imiglucerażą albo welaglucerażą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania.</p>	<p>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.</p> <p>W przypadku zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) podanie pierwszej dawki eliglustatu powinno nastąpić dzień po podaniu ostatniego wlewu dożylnego ETZ.</p> <p>W przypadku zmiany z eliglustatu na ETZ podanie pierwszego wlewu dożylnego powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni po podaniu ostatniej dawki eliglustatu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>16) RTG płuc;</li> <li>17) Konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);</li> <li>18) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>19) EEG (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>20) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>21) Spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia);</li> <li>22) Pomiar antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);</li> <li>23) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody)</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Co 180 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Morfologia krwi pełna z rozmazem;</li> <li>2) Układ krzepnięcia: APTT, INR;</li> <li>3) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerażie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych);</li> </ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera.</p> <p><b>2.2. Co 365 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony;</li> <li>2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem);</li> <li>3) RTG płuc;</li> <li>4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku</li> </ol>
---	--	---

<p><b>3. Kryteria zmiany leczenia enzymatyczną terapią zastępczą (ETZ) na eliglustat</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Nadwrażliwość na ETZ;</li><li>2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ).</li></ol> <p><b>4. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą.</b></p> <p>W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Nadwrażliwość na eliglustat;</li><li>2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;</li><li>3) Cięża;</li><li>4) Laktacja;</li><li>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.</li></ol>		<p>nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania);</li><li>6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich;</li><li>7) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>8) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>9) Konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>10) Spirometria (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>11) Chitotriozydaza;</li><li>12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie).</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.24.

**LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu <math>\alpha</math>-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b> 1) ciąża lub laktacja;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b> Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym.</p> <p>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</p> <p>Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin.</p> <p>Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu.</p> <p>Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności <math>\alpha</math>-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;</li> <li>2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem;</li> <li>3) ocena miana przeciwciał przeciwko <math>\alpha</math>-L-iduronidazie (nie jest badaniem obowiązkowym);</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li> <li>6) stężenie fosfatazy alkalicznej;</li> <li>7) stężenie witamin E i D;</li> <li>8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej;</li> <li>9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;</li> <li>10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa;</li> <li>11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;</li> <li>12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>14) EKG;</li> <li>15) USG układu sercowo-naczyniowego;</li> <li>16) konsultacja laryngologiczna;</li> <li>17) badanie audiometryczne;</li> <li>18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów;</li> <li>19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka;</li> <li>20) konsultacja neurologiczna;</li> <li>21) konsultacja kardiologiczna;</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę;</li><li>3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;</li><li>4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu);</li><li>5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>22) test 3/6 minutowego marszu;</li><li>23) pomiary antropometryczne;</li><li>24) badanie spirometryczne układu oddechowego;</li><li>25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Raz na 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li><li>3) stężenie fosfatazy alkalicznej;</li><li>4) test 3/6 minutowego marszu.</li></ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p><b>2.2 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni);</li><li>2) stężenie witaminy E i D;</li><li>3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;</li><li>4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych);</li><li>5) pomiary antropometryczne;</li><li>6) EKG;</li><li>7) USG serca;</li><li>8) konsultacja kardiologiczna;</li><li>9) konsultacja laryngologiczna;</li></ol>
--	--	--

		<p>10) badanie audiometryczne;</p> <p>11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów;</p> <p>12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>13) konsultacja neurologiczna;</p> <p>14) badanie spirometryczne układu oddechowego;</p> <p>15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej;</p> <p>16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</p> <p>17) test 3/6 minutowego marszu;</p> <p>18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;</p> <p>19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---



Załącznik B.25.

**LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) (ICD-10 E 76.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry;</p> <p>b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) ciąża lub laktacja;</p> <p>2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) układ krzepnięcia;</li> <li>3) proteinogram;</li> <li>4) gazometria;</li> <li>5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina;</li> <li>6) cholesterol;</li> <li>7) witamina D i K;</li> <li>8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;</li> <li>9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);</li> <li>10) parametry życiowe;</li> <li>11) pomiary antropometryczne;</li> <li>12) EEG;</li> <li>13) EKG;</li> <li>14) echokardiografia;</li> <li>15) RTG klatki piersiowej;</li> <li>16) USG jamy brzusznej;</li> <li>17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa;</li> <li>18) RTG kręgosłupa;</li> <li>19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);</li> <li>20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);</li> <li>21) badanie audiometryczne;</li> <li>22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów</li> </ol>

<p>ds. Chorób Ultraradkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia;</p> <p>3) znaczna progresja choroby pomimo leczenia.</p>		<p>23) badanie okulistyczne;</p> <p>24) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;</p> <p>25) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;</p> <p>26) test 3/6 minutowego marszu;</p> <p>27) test SF36.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1</b> W pierwszym roku leczenia wykonywanie badań powinno być przeprowadzone co 6 miesięcy</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) układ krzepnięcia;</p> <p>3) gazometria;</p> <p>4) CK;</p> <p>5) AspAT, AlAT, bilirubina;</p> <p>6) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;</p> <p>7) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);</p> <p>8) ocena parametrów życiowych;</p> <p>9) pomiary antropometryczne;</p> <p>10) EKG;</p> <p>11) echokardiografia;</p> <p>12) EEG;</p> <p>13) USG jamy brzusznej;</p> <p>14) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);</p> <p>15) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów;</p> <p>16) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;</p> <p>17) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;</p> <p>18) test 3/6 minutowego marszu;</p> <p>19) test SF36.</p> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz</p>
---	--	---

		<p>niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hunter. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p><b>2.2 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) cholesterol;</li><li>2) witaminy D i K;</li><li>3) RTG klatki piersiowej;</li><li>4) RTG kręgosłupa;</li><li>5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza);</li><li>6) badanie audiometryczne;</li><li>7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka;</li><li>8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG).</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.27.

**LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ (ICD-10: E84)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1a. Kryteria kwalifikacji do leczenia tobramycyną</b></p> <p>a) wiek od 6 lat</p> <p>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>,</p> <p>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)</p> <p>Kryteria kwalifikacji leczenia tobramycyną muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1b. Kryteria do kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną</b></p> <p>a) wiek od 18 lat</p> <p>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>,</p> <p>c) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej</p> <p>d) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej</p>	<p><b>1a. Dawkowanie tobramycyny</b></p> <p>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.</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin.</p> <p>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).</p> <p><b>1b. Dawkowanie lewofloksacyny</b></p> <p>Dawkowanie lewofloksacyny odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Zalecana dawka lewofloksacyny to 240 mg (jedna ampulka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu.</p>	<p><b>1a. Badania przy kwalifikacji do leczenia tobramycyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie kreatyniny;</li> <li>2) stężenie mocznika;</li> <li>3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie);</li> <li>4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność <i>P. aeruginosa</i> na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę;</li> <li>5) RTG klatki piersiowej;</li> <li>6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku;</li> <li>7) audiometria.</li> </ol> <p><b>1b. Badania przy kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych <i>Pseudomonas aeruginosa</i>;</li> <li>3) EKG;</li> <li>4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi.</li> </ol> <p><b>2a. Monitorowanie leczenia tobramycyną</b></p>

<p>Kryteria do kwalifikacji leczenia lewofloksacyną muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) nadwrażliwość na tobramycynę albo lewofloksacynę, inny aminoglikozyd, inne chinolony (dotyczy lewofloksacyny), czy substancję pomocniczą;</li><li>b) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne) – dotyczy tobramycyny;</li><li>c) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl);</li><li>d) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm<sup>3</sup> na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny albo 28 dni przed pierwszym podaniem lewofloksacyny;</li><li>e) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej;</li><li>f) choroby ścięgien związane z podawaniem fluorochinolonów w wywiadzie – dotyczy lewofloksacyny;</li><li>g) choroby tkanki łącznej – dotyczy lewofloksacyny;</li><li>h) padaczka lub zaburzenia wymagające podawania leków przeciwdrgawkowych – dotyczy lewofloksacyny;</li></ul>		<p><b>2.1</b> Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) badanie mikrobiologiczne;</li><li>2) badanie spirometryczne.</li></ul> <p><b>2.2</b> Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) stężenie kreatyniny;</li><li>2) stężenie mocznika;</li><li>3) badanie mikrobiologiczne;</li><li>4) badanie spirometryczne;</li><li>5) badanie słuchu – audiometria.</li></ul> <p><b>2b. Monitorowanie leczenia lewofloksacyną</b></p> <p><b>2.1.</b> Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii).</p> <p><b>2.2.</b> 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):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</li><li>2) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi;</li><li>3) badanie spirometryczne;</li><li>4) EKG.</li></ul> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej</li></ul>
---	--	---

<p>i) zakażenie wirusem HIV lub przewlekłe aktywne zapalenie wątroby wtórne do zapalenia wątroby typu B i/lub C – dotyczy lewofloksacyny;</p> <p>j) czynniki predysponujące do wystąpienia tętniaka i rozwarstwienia aorty (dodatni wywiad rodzinny w kierunku tętniaka, wcześniejsze występowania tętniaka lub rozwarstwienia aorty, zespół Marfana, Zespół Ehlersa-Danlosa typu naczyniowego, zapalenia tętnic Takayasu, olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, choroba Behçeta, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca) – dotyczy lewofloksacyny;</p> <p>k) ciąża lub karmienie piersią (czasowe zawieszenie leczenia w Programie lekowym) – dotyczy lewofloksacyny.</p>		<p>udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5.</p> <p>1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:</p> <p>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,</p> <p>b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),</p> <p>c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy,</p> <p>d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne,</p> <p>e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi,</p> <p>f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne;</p> <p>2) Wykluczenie miastonii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)</b></p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.;</p> <p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;</p> <p>c) Połowiczny kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;</p> <p>d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.;</p> <p>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.</p> <p><b>1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)</b></p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) Poziom miedzi;</p> <p>2) Poziom ceruloplazminy;</p> <p>3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji);</p> <p>4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej;</p> <p>5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>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.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>

<p>3) Brak objawów uogólnionego zakażenia;</p> <p>4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania;</p> <p>5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>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.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku;</p> <p>2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników w leku;</p> <p>3) Powstanie oporności na lek;</p> <p>4) Stwierdzenie miastonii lub zespołu miastenicznego;</p> <p>5) Objawy uogólnionego zakażenia;</p> <p>6) Zapalenie okolicy miejsca podania;</p> <p>7) Cięża;</p> <p>8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).</p>	<p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;</p> <p>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;</p> <p>d) Dystonia kraniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.;</p> <p>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.</p> <p><b>1.3. Botulinum A toxin a 100 j. (Xeomin)</b></p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</p> <p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko;</p> <p>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.;</p> <p>d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.</p>	<p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	---	---



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
<p>W programie finansuje się leczenie stwardnienia rozsianego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia:</b> interferon beta-1a, interferon beta-1b, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab, okrelizumab kladrybina;</li> <li>2) <b>postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia:</b> okrelizumab, fingolimod, natalizumab i.v., natalizumab s.c., alemtuzumab, kladrybina;</li> <li>3) <b>szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS):</b> fingolimod, natalizumab i.v., natalizumab s.c., alemtuzumab, kladrybina;</li> <li>4) <b>postać pierwotnie postępująca (PPMS):</b> okrelizumab;</li> <li>5) <b>postać wtórnie postępująca (SPMS):</b> interferon beta-1b, siponimod.</li> </ol> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>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: 1,2,4,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p>	<p><b>1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie</b></p> <p>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 i.v., natalizumabem s.c., alemtuzumabem, kladrybiną lub siponimodem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania biochemiczne w tym oceniające: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) funkcje nerek,</li> <li>b) funkcje wątroby,</li> <li>c) funkcje tarczycy;</li> </ol> </li> <li>2) badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>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.);</li> <li>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</li> </ol>

<p>Do leczenia fingolimodem, natalizumabem, alemtuzumabem, kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,5,9,10 albo 1,6,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia natalizumabem s.c. kwalifikowani są dorośli pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1, 5, 9, 10, 12 albo 1, 6, 9, 10, 12 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia okrelizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo 1,5,9,10 albo 1,7,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia kladrybiną kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,3,4,9,10 albo 1,5,9,10 albo 1,6,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia interferonem beta-1b kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,4,9,10 albo 1,8,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <p>Do leczenia siponimodem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,8,9,10 albo pacjenci spełniający kryterium 11.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) rozpoznanie stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;</li><li>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;</li><li>3) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 2 rzutów klinicznych niezależnie od zmian MRI w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją;</li><li>4) stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie;</li></ol>		<p>miesiący od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>6) test ciążyowy u pacjentek w wieku rozrodczym;</li><li>7) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;</li><li>8) badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu;</li><li>9) częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy teryflunomidu, alemtuzumabu, fingolimodu, ozanimodu, ponesimodu, siponimodu;</li><li>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;</li><li>11) konsultacja okulistycka - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu;</li><li>12) oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny, siponimodu, ozanimodu, ponesimodu;</li><li>13) konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu i siponimodu;</li><li>14) wykonanie testu na obecność przeciwciał anti-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu iv. lub natalizumabu s.c.</li><li>15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu, lub kladrybiny;</li></ol>
--	--	---

<p>5) 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 lub okrelizumabem w ramach I linii leczenia lub kladrybiną w ramach I linii leczenia 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;</p> <p>6) szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt a oraz pkt b):</p> <p>a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność,</p> <p>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- co najmniej jedna nowa zmiana GD (+)</li><li>lub</li><li>- co najmniej dwie nowe zmiany w sekwencji T2;</li></ul> <p>7) rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia tj. spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c):</p> <p>a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5;</p> <p>b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji <math>\leq 5,0</math></li><li>lub</li><li>- mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji <math>&gt;5,0</math>,</li></ul> <p>c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do</p>		<p>16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i ofatumumabu;</p> <p>17) konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu;</p> <p>18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu;</p> <p>19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu;</p> <p>20) w przypadku kwalifikacji do terapii siponimodem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) określenie polimorfizmu genu CYP2C9,</li><li>b) u kobiet w wieku rozrodczym - test ciążowy, który musi być negatywny przed rozpoczęciem leczenia siponimodem;</li></ul> <p>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.</p> <p><b>2. Inicjacja leczenia</b></p> <p>W zależności od decyzji lekarza inicjacja terapii okrelizumabem, ozanimodem, ponesimodem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., 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.</p> <p><b>3. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 - 6 miesięcy (zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego);</p>
---	--	--

<p>poprzedniego wykonanego badania MRI):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub</li><li>- przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2;</li></ul> <p>8) rozpoznanie aktywnej postaci wtórnie postępującego stwardnienia rozsianego definiowanej jako aktywność kliniczna lub radiologiczna w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) EDSS od 3,0 do 6,5 punktów,</li><li>b) udokumentowana progresja EDSS niezwiązana z rzutem wynosząca co najmniej 1 punkt w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS &lt; 6.0 lub co najmniej 0,5 punktu w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS <math>\geq</math> 6.0 odnotowaną w ciągu ostatnich 24 miesięcy;</li></ul> <p>9) wiek pacjenta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta lub octanem glatirameru,</li><li>b) od 10 roku życia dla terapii teryflunomidem lub fingolimodem,</li><li>c) wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a, natalizumabem i.v.,</li><li>d) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii alemtuzumabem, okrelizumabem, ozanimodem, ofatumumabem, ponosimodem, kladrybiną, siponimodem, natalizumabem s.c.</li><li>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</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>2) postać rzutowo remisyjna - rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego); (dopuszcza się odstępianie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży);</li><li>3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca - rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia wg decyzji lekarza prowadzącego;</li><li>4) w trakcie leczenia należy wykonywać badania laboratoryjne zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych;</li><li>5) monitorowanie leczenia <b>siponimodem</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>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,</li><li>b) konsultacja okulistyczna 3 -4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku płamki, a następnie nie rzadziej niż raz w roku,</li><li>c) konsultacja okulistyczna w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia siponimodem,</li><li>d) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące,</li><li>e) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>f) konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia,</li></ul></li><li>6) monitorowanie leczenia <b>fingolimodem</b>:<ul style="list-style-type: none"><li>a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu</li></ul></li></ul>
---	--	--

<p>bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Leczniczych:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 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;</li></ul> <p>11) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia,</li><li>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,</li><li>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.</li></ul>		<p>leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych,</p> <ul style="list-style-type: none"><li>b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące,</li><li>c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>d) test ciążyowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>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,</li><li>f) konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia,</li><li>g) rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego.</li></ul> <p>7) monitorowanie leczenia <b>natalizumabem i.v.</b> lub <b>natalizumabem s.c.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>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,</li><li>b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>c) test ciążyowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza,</li><li>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,</li></ul>
--	--	---

12) nietolerancja leczenia natalizumabem i.v. (w postaci dożyłnej) z powodu zapalenia żył po wlewach dożylnych lub z powodu trudnego dostępu do żył.

## 2. Zamiana leków

Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.

1) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków interferon beta-1a, interferon beta-1b, octan glatirameru, fumaran dimetylu, peginterferon beta-1a, teryflunomid, ozanimod, ponesimod, ofatumumab, okrelizumab na inny lek z tej grupy w przypadku:

a) wystąpienia objawów niepożądanych

albo

b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI

albo

c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu)

albo

d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta;

2) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku na kladrybinę w przypadku:

a) wystąpienia 2 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI

3) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM

e) powtarzanie testu na obecność przeciwciał anti-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anti-JCV co 6 miesięcy,

f) u pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN (ostra martwica siatkówki). W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c.

g) u pacjentów z wyższym ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą:

– pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anti-JCV oraz stosujący leczenie natalizumabem od ponad 2 lat oraz wcześniej stosujący leki immunosupresyjne)

lub

– pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anti-JCV, leczeni natalizumabem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku  $\leq 0,9$  i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata.

8) monitorowanie leczenia **alemtuzumabem**:

a) morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy, aktywność aminotransferaz i badanie moczu z mikroskopową oceną osadu, co miesiąc (rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych),

b) stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące (rozszerzenie

<p>(RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leku z kladrybiny na inny lek z I linii leczenia w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych albo</p> <p>b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI albo</p> <p>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</p> <p>d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta;</p> <p>4) w ramach II linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków okrelizumab, fingolimod, natalizumab i.v., alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>5) w ramach leczenia szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zamiany leków fingolimod, natalizumab i.v., alemtuzumab, kladrybina na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w</p>		<p>diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych),</p> <p>c) u pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV,</p> <p>d) badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem,</p> <p>e) przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciążowy oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wirerii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej.</p> <p>9) monitorowanie leczenia <b>okrelizumabem</b>:</p> <p>a) badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku,</p> <p>b) badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku,</p> <p>c) badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku,</p> <p>d) badanie HBsAg - przed każdym podaniem leku;</p> <p>10) monitorowanie leczenia <b>kladrybiną</b>:</p> <p>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/mm<sup>3</sup>, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm<sup>3</sup>,</p> <p>b) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>c) morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>d) badanie funkcji nerek i wątroby - przed kolejnym kursem leku,</p>
---	--	--

<p>pkt. 4;</p> <p>6) u pacjentów leczonych natalizumabem i.v., którzy nie tolerują leczenia w formie dożylniej (zapalenia żył po wlewach dożylnych lub trudny dostęp do żył) dopuszcza się zmianę na natalizumab s.c.</p> <p>7) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach II linii leczenia dopuszcza się zmianę leczenia na okrelizumab lub fingolimod lub alemtuzumab lub kladrybinę w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego</p> <p>albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>8) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zmianę leczenia na fingolimod lub alemtuzumab lub kladrybinę w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego</p> <p>albo</p> <p>b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4;</p> <p>9) w ramach leczenia wtórnie postępującej postaci SM (SPMS) dopuszcza się zamianę leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku:</p> <p>a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego</p> <p>albo</p> <p>b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia;</p>		<p>e) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>f) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku,</p> <p>g) wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia),</p> <p>h) MRI - zalecane raz na rok.</p> <p>Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuację leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--



10) 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;

11) pacjentom leczonym fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., alemtuzumabem, 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.

12) pacjentom leczonym okrelizumabem w ramach II linii leczenia lub kladrybiną w ramach II linii leczenia lub w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) 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.

13) w przypadku leczenia okrelizumabem w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać fingolimod lub natalizumab i.v. lub alemtuzumab lub kladrybinę.

14) w przypadku leczenia kladrybiną w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać fingolimod lub natalizumab i.v. lub alemtuzumab lub okrelizumab.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

1) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;

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

#### 4. Określenie czasu leczenia w programie

Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia.

U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy.

Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby zależy od decyzji lekarza.

Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem i.v. oraz natalizumabem s.c.

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

Przy stosowaniu kładrybiny w tabletkach, pełna ocena skuteczności

powinna być przeprowadzona po podaniu całkowitej dawki leku, czyli po dwóch cyklach leczenia. Jednak w przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu leczenia kładrybiną w tabletkach pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć wcześniejszą zmianę leczenia. Okres obserwacji dla kładrybiny w tabletkach w kolejnych latach trwa do czasu zaistnienia kryteriów nieskuteczności lub wyłączenia.

W przypadku postaci rzutowo - remisyjnej (RRMS) brak skuteczności leczenia lekami I linii leczenia (interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub peginterferonem beta-1a lub teryflunomidem lub ozanimodem lub ponesimodem lub ofatumumabem lub okrelizumabem lub kładrybiną) uzasadniający zmianę leczenia na leki stosowane w II linii definiowany jest jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2.

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

- 1) liczba i ciężkość rzutów:
  - a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami
  - lub
  - b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia;
- 2) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej:

- a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,
  - b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;
- 3) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdym 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:
- a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),
  - b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.

Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem (w przypadku postaci pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych:

- 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy;
- 2) EDSS powyżej 8,0.

W przypadku leczenia postaci wtórnie postępującej (SPMS) za brak skuteczności leczenia siponimodem lub interferonem beta-1b przyjmuje się jedno z poniższych:

- 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt. w ciągu 12 miesięcy;
- 2) EDSS powyżej 8,0.

#### **5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie**

Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów braku skuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do

<p>ośrodka dla dorosłych.</p> <p>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.</p>		
--	--	--

Załącznik B.30.

**LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAZENIU DZIECIĘCYM (ICD-10 G 80)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych.</li> <li>2) wiek 2-17 lat.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie:</b> Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;</li> <li>2) powstanie oporności na leczenie;</li> <li>3) myastenia gravis;</li> <li>4) objawy uogólnionego zakażenia;</li> <li>5) zapalenie okolicy miejsca podania;</li> <li>6) ciąża.</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie Dysportu</b> Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.</p> <p><b>2. Dawkowanie Botoxu</b> Maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b> Morfologia krwi z rozmazem.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b> EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>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;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>

Załącznik B.31.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA OGÓLNE</b>	
<b>Kryteria włączenia</b>	1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg aktualnej klasyfikacji towarzystw naukowych ESC, ERS, AEPC); 2) udokumentowany aktualnie lub w przeszłości brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów) lub niezadowalający skutek lub nietolerancja przewlekłego leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów); wymóg przeprowadzenia ostrego testu wazoreaktywności dotyczy pacjentów z idiopatycznym, polekowym lub dziedzicznym tętnicznym 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.
<b>Czas leczenia</b>	Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.
<b>Kryteria wyłączenia</b>	1) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii lub okresowej kontroli jej skuteczności; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku; 3) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi które wskazują konieczność zmiany terapii na inną (w obrębie lub poza programem leczenia TNP); 4) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria wyłączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych.
<b>Ocena klasy czynnościowej</b>	Oceny klasy czynnościowej należy dokonywać zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opublikowaną w Wytocznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Za równorzędną należy uznać klasyfikację New York Heart Association (NYHA).
<b>Zalecenia</b>	U miesiączkujących dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym należy zalecać stosowanie skutecznej metody antykoncepcji.

**WYKAZ SKRÓTÓW**

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

## ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA SZCZEGÓLNE

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b><u>A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat)</u></b></p> <p><b>IA. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)</b></p> <p><b>1. Bosentan</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</p> <p><b>2. Sildenafil</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa lub</p> <p>2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii;</p> <p>2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni;</p> <p>3) zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni;</p> <p>4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (&lt;90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;</p>	<p><b><u>A. Leczenie TNP u dorosłych</u></b></p> <p><b>1. Dawkowanie bosentanu</b></p> <p>1.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p><b>2. Dawkowanie iloprostu</b></p> <p>2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p><b>3. Dawkowanie treprostinilu</b></p> <p>3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <p>1) stanu pacjenta;</p> <p>2) odpowiedzi na leczenie;</p> <p>3) tolerancji leczenia.</p> <p>3.2. Zwiększenie dawki powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>3.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania nieinwazyjne:</b></p> <p>1) ocena klasy czynnościowej</p> <p>2) test 6-minutowego marszu –</p> <p>a) badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory</p> <p>b) w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania;</p> <p>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności),</p> <p>4) badanie echokardiograficzne.</p> <p><b>1.2. Badania inwazyjne</b></p> <p>1.2.1. Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:</p> <p>1) ciśnienia zaklinowania;</p> <p>2) naczyniowego oporu płucnego;</p> <p>3) pojemności minutowej;</p> <p>4) saturacji mieszanej krwi żyłnej</p> <p>i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia.</p>



<p>5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybiczych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;</p> <p>6) retinitis pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętnicznej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);</p> <p>7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).</p> <p><b>II. LECZENIE II RZUTU</b></p> <p><b>II.A. MONOTERAPIA</b></p> <p><b>1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</p> <p>lub</p> <p>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p><b>a) bosentan</b></p> <p>Co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL,</p> <p><b>b) iloprost</b></p> <p>1) ciężka choroba niedokrwienności serca lub niestabilna dławica piersiowa;</p> <p>2) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;</p> <p>3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP;</p> <p>4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;</p> <p>5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;</p>	<p><b>4. Dawkowanie sildenafilu</b></p> <p>4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.</p> <p>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.</p> <p><b>Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej</b> stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożności podania postaci stałej.</p> <p><b>5. Dawkowanie epoprostenolu</b></p> <p>5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <p>1) stanu pacjenta;</p> <p>2) odpowiedzi na leczenie;</p> <p>3) tolerancji leczenia.</p> <p>5.2. Zwiększenie dawki powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>5.3. Przykładowe schematy dawki przedstawione są w ChPL.</p> <p><b>6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej</b></p> <p>6.1. Dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie;</p>	<p>Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8-12 tygodni przed włączeniem do programu. Kryterium czasu nie jest wymagane u pacjentów &lt;18 r.ż.</p> <p>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.</p> <p>1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:</p> <p>a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości,</p> <p>b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.</p> <p>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.</p>
--	--	---

<p>6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku.</p> <p><b>c) treprostinil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych;</li> <li>2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;</li> <li>3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh;</li> <li>4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia;</li> <li>5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;</li> <li>6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej;</li> <li>7) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;</li> <li>8) nieleczona niewydolność serca;</li> <li>9) ciężkie zaburzenia rytmu serca;</li> <li>10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP.</li> </ol> <p><b>2. Epoprostenol</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia</li> </ol> <p>lub</p>	<p>6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii.</p> <p><b>7. Dawkowanie riociguatu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</li> <li>7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</li> </ol> <p><b>8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.1. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL (dawka dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta; może wynosić od 200 µg podawanych dwa razy na dobę do 1600 µg podawanych dwa razy na dobę. Zalecana dawka początkowa seleksypagu wynosi 200 µg dwa razy na dobę podawana w odstępie 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych). Opakowanie zawierające 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap niareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta.</li> <li>8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL.</li> <li>8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL.</li> <li>8.4. Dawka macytentanu zgodnie z ChPL.</li> </ol>	<p>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).</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>2.1. Badania nieinwazyjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena klasy czynnościowej;</li> <li>2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania);</li> <li>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności);</li> <li>4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań</li> </ol>
--	---	---

<p>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;</li> <li>2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;</li> <li>3) laktacja;</li> <li>4) inne przeciwwskazania określone w ChPL.</li> </ol> <p><b>3. Riocyguat</b></p> <p><b>3.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) II lub III klasa czynnościowa;</li> <li>2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe.</li> </ol> <p><b>3.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;</li> <li>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh);</li> <li>3) ciąża;</li> <li>4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);</li> <li>5) skurczowe ciśnienie krwi &lt;95 mm Hg na początku leczenia;</li> <li>6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem &lt;95 mm Hg.</li> </ol> <p><b>II.B. TERAPIA SKOJARZONA</b></p> <p><b>1. Macytentan z sildenafilem</b></p>	<p><b>9.</b> Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p><b>10.</b> 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.</p> <p><b>B. Leczenie TNP u dzieci</b></p> <p><b>1. Leczenie bosentanem</b></p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;</li> <li>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;</li> <li>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.</li> </ol>	<p>podstawowych);</p> <p>– 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.</p> <p><b>2.2. Badania inwazyjne</b></p> <p>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2) jeżeli:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p>
--	--	---

<p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej;</li><li>2) III klasa czynnościowa;</li><li>3) brak przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</li></ol> <p>W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>a) <b>sildenafil</b> – określono w punkcie A I.2.2,</p> <p>b) <b>macytentan</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym;</li><li>2) ciąża;</li><li>3) karmienie piersią;</li><li>4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby;</li><li>5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) &gt; 3 razy niż wartość górnej granicy normy.</li></ol> <p><b>2. Riocyguat z bosentanem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) III klasa czynnościowa;</li><li>2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej.</li></ol>	<p><b>2. Leczenie sildenafilem</b></p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie;</li><li>2) masa ciała &gt; 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.</li></ol> <p><b>3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem</b></p> <p>Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stanu pacjenta;</li><li>2) odpowiedzi na leczenie;</li><li>3) tolerancji leczenia.</li></ol> <p>Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p><b>4. Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</b></p> <p><b>5. Leki stosowane w terapii II rzutu (bosentan, iloprost, treprostynil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</b></p>	<p>b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne;</p> <p>3) co 12 - 36 miesięcy dla oceny dynamiki choroby.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.</p> <p>Zmiana terapii w obrębie leczenia początkowego oraz zmiana terapii w ramach leczenia II rzutu nie wymaga cewnikowania prawego serca.</p> <p>W przypadku nietolerancji leczenia II rzutu możliwy jest powrót do terapii początkowej bez dodatkowej kwalifikacji pacjenta.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;</li></ol>
--	--	--

<p><b>2.2. Kryteria wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;</li><li>2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh;</li><li>3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia;</li><li>4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A;</li><li>5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);</li><li>6) skurczowe ciśnienie krwi &lt;95 mm Hg na początku leczenia;</li><li>7) ciąża;</li><li>8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem &lt;95 mmHg.</li></ol> <p>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.</p> <p><b>3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) bosentan</li><li>b) sildenafil</li><li>c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.</li></ol> <p><b>3.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	---

<p>lub</p> <p>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia</p> <p>lub</p> <p>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu.</p> <p>Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.</p> <p>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.</p> <p>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.</p> <p><b>3.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>a) <b>bosentan</b> – określono w punkcie A I 1.2,</p> <p>b) <b>sildenafil</b> – określono w punkcie A I 2.2,</p> <p>c) <b>iloprost</b> – określono w punkcie A II.A 1.2 b,</p> <p>d) <b>treprostinil</b> - określono w punkcie A II.A 1.2 c,</p> <p>e) <b>epoprostenol</b> - określono w punkcie A II.A 2.2.</p> <p><b>4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem</b></p> <p><b>4.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia;</p> <p>2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</p>		
---	--	--

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) **macyntan** - 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 macyntanem)

#### 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 pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętnicznej 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**

<p><b>1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) bosentan,</li><li>b) sildenafil,</li><li>c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.</li></ul> <p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu.</li></ul> <p>Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.</p> <p>Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>bosentan</b> – określono w punkcie B I 1.2;</li><li>b) <b>sildenafil</b> – określono w punkcie B I 2.2;</li><li>c) <b>iloprost</b> – określono w punkcie A II.A 1.2 b;</li><li>d) <b>treprostinil</b> - określono w punkcie A II.A 1.2 c;</li><li>e) <b>epoprostenol</b> - określono w punkcie A II.A 2.2.</li></ul>		
--	--	--

<p><b>C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT</b></p> <p>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.</p>		
---	--	--

Załącznik B.32.

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

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie choroby Leśniowskiego–Crohna (ChL-C):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>infliksymab;</b></li> <li>2) <b>adalimumab;</b></li> <li>3) <b>wedolizumab;</b></li> <li>4) <b>ustekinumab;</b></li> <li>5) <b>upadacyny b.</b></li> </ol> <p>Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo adalimumabu albo wedolizumabu albo ustekinumabu albo upadacyny b. w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna.</p> <p>W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacyny b.</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie infliksymabu, adalimumabu, wedolizumabu, ustekinumabu, upadacyny b. prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p><b>2. Modyfikacje dawkowania</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi obwodowej, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacyny b. - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów;</li> <li>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</li> <li>4) kreatynina;</li> <li>5) białko C-reaktywne;</li> <li>6) badanie ogólne moczu;</li> <li>7) test Quantiferon;</li> <li>8) antygen HBs;</li> <li>9) przeciwciała anty HCV;</li> <li>10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>11) stężenie elektrolitów w surowicy;</li> <li>12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);</li> </ol>

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

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo adalimumabem albo wedolizumabem albo ustekinumabem albo upadacytynibem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.

Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów.

### 1) infliksymab

- a) terapia indukcyjna: 6 tygodni,
- b) leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;

### 2) adalimumab

- a) terapia indukcyjna: 12 tygodni,
- b) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;

### 3) ustekinumab

- a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożyłnej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej),

z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, AlAT i AspAT oraz stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów (wyłącznie w przypadku upadacytynibu) oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni.

W celu optymalizacji leczenia biologicznego oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia, można wykonać oznaczenie poziomu leku biologicznego przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku.

Dodatkowo można wykonać oznaczenie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż dwa razy do roku w trakcie trwania leczenia.

Ponadto można wykonać ileokolonoskopię i/lub badanie techniką rezonansu magnetycznego ramach monitorowania skuteczności leczenia. Badanie wykonywane nie częściej niż raz do roku w trakcie wszystkich lat leczenia.

Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

<p>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;</p> <p>4) wedolizumab</p> <p>a) terapia indukcyjna: 6 tygodni, z możliwością dodatkowego podania leku w 10 tygodniu w przypadku braku odpowiedzi na leczenie (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej),</p> <p>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;</p> <p>5) upadacytynib</p> <p>a) terapia indukcyjna: 12 – 24 tygodni,</p> <p>b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI.</p> <p><b>3. Zakończenie leczenia w programie</b></p> <p>1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI &lt; 30 punktów;</p> <p>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p>		<p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– odpowiedź na leczenie rozumiana jako stwierdzenie spadku aktywności CDAI o co najmniej 70 pkt oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI &lt; 30 punktów – ocena na koniec okresu leczenia indukcyjnego;</li><li>– remisja kliniczna rozumiana jako CDAI poniżej 150 pkt albo PCDAI &lt; 30 punktów, przy jednoczesnym braku konieczności stosowania steroidów i braku leczenia chirurgicznego, w przypadku gdy oceniany lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;</li><li>– brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego;</li><li>– utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie</li></ul>
--	--	---

<p>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		<p>indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;</li><li>- wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia.</li></ul> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt 3. <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej</li></ol>
---	--	---



---

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

Załącznik B.33.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW</b>		
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>adalimumabem</i>,</li> <li>2) <i>certolizumabem pegol</i>,</li> <li>3) <i>etanerceptem</i>,</li> <li>4) <i>golimumabem</i>,</li> <li>5) <i>infliksymabem</i>,</li> <li>6) <i>tocilizumabem</i>,</li> <li>7) <i>rytuksymabem</i>,</li> <li>8) <i>baricytynibem</i>,</li> <li>9) <i>tofacytynibem</i>,</li> <li>10) <i>upadacytynibem</i>,</li> <li>11) <i>filgotynibem</i>,</li> <li>12) <i>anakinrą</i>.</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib 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.</li> <li>2) Zmiana postaci dożylniej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego.</li> <li>3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości;</li> <li>2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> <li>3) obecność antygenu HBs;</li> <li>4) przeciwciała anti-HBc</li> <li>5) przeciwciała anti-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową;</li> <li>6) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>7) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>8) EKG z opisem;</li> <li>9) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz</li> </ol>

<p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem 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 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):</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wartość DAS 28 – większa niż 5,1</li> <li>albo</li> <li>- wartość DAS – większa niż 3,7</li> <li>albo</li> <li>- wartość SDAI – większa niż 26</li> </ul> <p>lub</p> <p>b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD)</li> <li>lub</li> <li>- z RZS z wtórną amyloidozą</li> </ul>	<p>skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.</p> <p>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib filgotynib i anakinra mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;</p> <p>10) oznaczenie płytek krwi (PLT);</p> <p>11) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p> <p>12) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>14) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>15) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>16) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>17) oznaczenie stężenia immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;</p> <p>18) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów – u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą – po 3 miesiącach</b></p>
---	--	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą kwalifikuje się wyłącznie pacjentów z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD).</li></ul> <p>2) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul> <p>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.</p> <p>b) rytuksymabem, u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p>		<p>(±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów</li><li>2) oznaczenie płytek krwi (PLT);</li><li>3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</li><li>4) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</li><li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li><li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li><li>8) oznaczenie stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem</li></ol> <p>oraz</p> <p>obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD.</p>
--	--	---

<p>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</p> <p>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.</p> <p>3) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <p>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</p> <p>lub</p> <p>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS);</p> <p>b) rytuksymabem, u których:</p> <p>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</p>		<p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p><b>2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem</b> – po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologię krwi;</li><li>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</li><li>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</li><li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li><li>7) oznaczenie stężenie immunoglobulin G i M w surowicy;</li></ol> <p>oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.</p> <p>Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od każdego ponownego podania leku.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych</p>
--	--	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul> <p>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.</p> <p>4) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul>		<p>podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków w osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania</p>
--	--	---

<p>5) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul> <p>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.</p> <p>6) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p>		<p>leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii baricytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

7) Do terapii upadacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo filgotynibem albo anakinrą, 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



<p>podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>8) Do terapii filgotynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo anakinrą u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).</li></ul> <p>Kwalifikacja do terapii filgotynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.</p> <p>9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej:</p> <p>a) dwoma inhibitorami TNF alfa oraz rytuksymabem oraz tofacytynibem oraz baricytynibem oraz upadacytynibem oraz filgotynibem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li></ul>		
--	--	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane.</li></ul> <p>10) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu, filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.</p> <p>11) W ramach programu lekowego u pacjentów z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków, w tym siedmiu leków biologicznych, baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu i filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.</p> <p>12) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p> <p>13) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p>14) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego albo tofacytynibem albo baricytynibem albo</p>		
--	--	--

<p>upadacytynibem albo filgotynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.</p> <p>15) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym.</p> <p>16) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.</p> <p>17) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).</p> <p>18) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.</p> <p>19) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Czas leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>		
---	--	--

<ol style="list-style-type: none"><li>1) Nie stwierdzenie po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem <math>DAS\ 28 \leq 5,1</math> albo <math>DAS \leq 3,7</math>, albo <math>SDAI \leq 26</math> lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry znacznego zmniejszenia objawów układowych.</li><li>2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe. Miernikiem niskiej aktywności choroby jest <math>DAS\ 28 \leq 3,2</math> albo <math>DAS \leq 2,4</math>, albo <math>SDAI \leq 11</math>. Miernikiem remisji jest wartość <math>DAS\ 28 \leq 2,6</math> albo <math>DAS \leq 1,6</math>, albo <math>SDAI \leq 3,3</math> lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry ustąpienia objawów układowych.</li><li>3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrezenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe.</li><li>4) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.</li><li>5) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą.</li><li>6) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL.</li><li>7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.</li></ol>		
---	--	--

- 8) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.
- 9) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii nie jest możliwe.

#### **4. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu, nastąpił wzrost wartości:
- a) DAS 28 powyżej 3,2
  - albo
  - b) DAS powyżej 2,4
  - albo
  - c) SDAI powyżej 11.

<p>3) Pacjent z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.</p> <p>4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych.</p> <p>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.</p>		
<b>MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW</b>		
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>adalimumabem</i>,</li> <li>2) <i>etanerceptem</i>,</li> <li>3) <i>sekukinumabem</i>,</li> <li>4) <i>tocilizumabem w postaci dożylniej</i>,</li> <li>5) <i>anakinrą</i>.</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylniej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożylniej 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.</li> <li>2) Powyższe leki (z wyjątkiem sekukinumabu, który może być podawany z lub bez metotreksatu) należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> <li>2) obecność antygeny HBs;</li> <li>3) przeciwciała anty-HBc;</li> <li>4) przeciwciała anty-HCV;</li> <li>5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>7) EKG z opisem.</li> <li>8) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylniej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem</li> </ol>

<p>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</p> <p>albo</p> <p>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</p> <p>albo</p> <p>c) MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka niepoddającym się leczeniu dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów.</p> <p>2) Do terapii sekukinumabem kwalifikuje się pacjentów od 6 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania:</p> <p>a) młodzieńczego łuszczycowego zapalenia stawów zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgniastych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadowolającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek</p>	<p>metotreksatu.</p> <p>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożyłnej i anakinry z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby / immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;</p> <p>9) oznaczenie płytek krwi (PLT);</p> <p>10) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p> <p>11) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>12) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>13) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>14) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>16) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożyłnej.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1.</b> W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące (<math>\pm 1</math> miesiąc):</p> <p>1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożyłnej lub anakinrą - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;</p> <p>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p>
--	--	--

<p>przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadawalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania</p> <p>albo</p> <p>b) zapalenia stawów z zapaleniem przyczepów ścięgniętych zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów ścięgniętych lub z aktywnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych u pacjentów z nietolerancją lub niezadawalającą odpowiedzią na co najmniej jeden niesteroidowy lek przeciwzapalny stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres jednego miesiąca, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania oraz nietolerancją lub niezadawalającą odpowiedzią na co najmniej jeden lek modyfikujący przebieg choroby stosowany w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez okres dwóch miesięcy, chyba, że występują przeciwwskazania do jego stosowania.</p> <p>3) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożyłnej) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem:</p> <p>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</p>		<p>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożyłnej</p> <p>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>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.</p>
---	--	---



<p>objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza</p> <p>albo</p> <p>b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38oC, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące.</p> <p>4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa, sekukinumabem albo tocilizumabem w postaci dożylniej w ramach programu lekowego, u których:</p> <p>a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku</p> <p>lub</p> <p>b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>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).</p> <p>5) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej:</p> <p>– dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem</p> <p>lub</p>	<p>W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p>
--	---

<p>- tocilizumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub</li><li>ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub</li><li>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).</li></ol> <p>6) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożyłnej albo 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 ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.</p> <p>7) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS.</p> <p>8) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p> <p>9) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p>10) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m<sup>2</sup>/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę,</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

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 ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.
- 12) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie.
- 13) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.
- 14) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).
- 15) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.
- 16) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.

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

## 2. Czas leczenia w programie

- 1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach ( $\pm 1$  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 ( $\pm 1$  miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi.
- 2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).
- 3) Niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach ( $\pm 1$  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;

<p>d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS;</p> <p>e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ);</p> <p>f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP).</p> <p>4) Utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub nawrót czynnych objawów układowych, w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących po każdych kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>5) U pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 1c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 1a) i 1b) oraz 3a) i 3b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>6) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.</p> <p>7) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą.</p> <p>8) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>9) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza.</p> <p>10) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p>11) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 3. ppkt 3), szczególnie u pacjentów z</p>		
--	--	--

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 ( $\pm 1$  miesiąc) terapii nie jest możliwe.

#### 4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 3. ppkt 5), podawania substancji czynnej leku zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent z MIZS o początku uogólnionym włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.
- 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub ustąpienie objawów układowych.
- 4) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

Załącznik B.35.

**LECZENIE CHORYCH Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, 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 elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej;</p> <p>2) do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR,</p> <p>b) z aktywną postacią choroby,</p> <p>c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS;</p> <p>3) kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, tofacyty nib, upadacyty ni b, ryzankizumab, guselkumab</b> 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.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego);</p> <p>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacyty nibem lub upadacyty nibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</p> <p>3) płytki krwi (PLT);</p> <p>4) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>7) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>11) obecność antygenu HBs;</p> <p>12) przeciwciała anti-HBc;</p> <p>13) przeciwciała anti-HCV;</p> <p>14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p>

<p>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,</p> <p>b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt,</p> <p>c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt,</p> <p>d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt,</p> <p>e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt;</p> <p>4) aktywna postać choroby:</p> <p>a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgniastych) – aktywna postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów:</p> <p>i. wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</li> </ul> <p>oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</li> </ul> <p>oraz</p>	<p>wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem;</p> <p>16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>17) EKG z opisem;</p> <p>18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis - u pacjentów z postacią osiową.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie terapii – po 3 miesiącach (<math>\pm</math> 1 miesiąc) i 6 miesiącach (<math>\pm</math> 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</li> <li>2) odczyn Biernackiego (OB);</li> <li>3) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>4) stężenie kreatyniny w surowicy;</li> <li>5) AspAT i AlAT;</li> <li>6) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem</li> </ol>
---	---	--



<p>– ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>– ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>– 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</p> <p>albo</p> <p>ii. wg DAS 28:</p> <p>– wartość DAS 28 – większa niż 3,2</p> <p>albo</p> <p>iii. wg DAS:</p> <p>– wartość DAS – większa niż 2,4.</p> <p>U pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:</p> <p>– PASI większe niż 10</p> <p>oraz</p> <p>– DLQI większe niż 10</p> <p>oraz</p> <p>– BSA większe niż 10;</p> <p>program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajęcią mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgniastych niż określono w pkt1 ppkt 4;</p> <p>b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych</p>		<p>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm</math> 1 miesiąc).</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo</p>
--	--	---

stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- wartość BASDAI  $\geq 4$  lub wartość ASDAS  $\geq 2,1$  – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- ból kręgosłupa  $\geq 4$  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) niezadowolająca 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/ASAS, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łącznej (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;

pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

### 3. Monitorowanie programu

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

<p>b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków w przeciwwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii;</p> <p>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;</p> <p>7) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>8) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>11) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>		
--	--	--

**2. Adekwatna odpowiedź na leczenie**

1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:

a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:

- po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,
- po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,

b) wg DAS 28 lub DAS:

- po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika  $DAS\ 28 \leq 5,1$  albo  $DAS \leq 3,7$ ,
- po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika  $DAS\ 28 \leq 3,2$  albo  $DAS \leq 2,4$ ;

2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:

- a) po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI  $\geq 50\%$  lub  $\geq 2$  jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub  $\geq 1,1$  jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,
- b) po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI  $< 3$  albo ASDAS  $< 1,3$ .

**3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**

1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:

<p>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą</p> <p>lub</p> <p>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym siedmiu 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;</p> <p>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;</p> <p>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p><b>4. Czas leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 2 ppkt 2 dla</p>		
---	--	--

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 ( $\pm 1$  miesiąc) terapii w ramach programu.

#### **5. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

#### **6. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego, tofacytynibu lub upadacytynibu, zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;

<p>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.</p>		
---	--	--

Załącznik B.36.

## LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10: M45)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>adalimumabem</i>,</li> <li>2) <i>certolizumabem pegol</i>,</li> <li>3) <i>etanerceptem</i>,</li> <li>4) <i>golimumabem</i>,</li> <li>5) <i>infliksymabem</i>,</li> <li>6) <i>sekukinumabem</i>,</li> <li>7) <i>iksekizumabem</i>,</li> <li>8) <i>upadacytynibem</i>,</li> <li>9) <i>tofacytynibem</i>.</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib i tofacytynib 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.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;</li> <li>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</li> <li>3) oznaczenie płytek krwi (PLT);</li> <li>4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</li> <li>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> <li>11) obecność antygenu HBs;</li> <li>12) przeciwciała anty-HBc;</li> <li>13) przeciwciała anty-HCV;</li> </ol>



<p>1) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroiliitis w badaniu RTG;</p> <p>2) z aktywną postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie;</p> <p>3) z niezadowolającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowolająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia;</p> <p>4) aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:</p> <p>a) wartość BASDAI <math>\geq 4</math> lub wartość ASDAS <math>\geq 2,1</math>, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>b) ból kręgosłupa <math>\geq 4</math> na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>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;</p> <p>5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu</p>	<p>potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>14) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem;</p> <p>16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>17) EKG z opisem;</p> <p>18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) i 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <p>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</p> <p>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p> <p>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p>
--	---	---

<p>Koordinacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;</p> <p>6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod</p>		<p>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem</p> <p>oraz</p> <p>dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>Zespół Koordinacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy</p>
--	--	--

<p>warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Adekwatna odpowiedź na leczenie</b></p> <p>1) po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI <math>\geq 50\%</math> lub <math>\geq 2</math> jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub <math>\geq 1,1</math> jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia;</p> <p>2) po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonych wartością BASDAI <math>&lt; 3</math> albo ASDAS <math>&lt; 1,3</math>.</p> <p><b>3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną</b></p> <p>1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:</p> <p>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą</p> <p>lub</p> <p>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż siedmiu</p>		<p>w ciągu każdego 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 każdego kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	--

<p>leków, w tym pięciu leków biologicznych, upadacytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane;</p> <p>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;</p> <p>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.</p> <p><b>4. Czas leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2 ppkt 2), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej</p>		
---	--	--

<p>aktywności choroby po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii nie jest możliwe;</p> <p>3) pacjenci z sacroiliitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane.</p> <p><b>5. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2;</p> <p>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i</p>		
---	--	--

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

#### **6. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego i upadacytynibu lub tofacytynibu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;
- 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

Załącznik B.37.

**LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI U CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (ICD-10: N18)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego chorym na niedokrwistość w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek udostępnia się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>darbepoetyną alfa</i>;</li> <li>2) <i>epoetyną alfa</i>;</li> <li>3) <i>roksadustatem</i>;</li> </ol> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl, pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn niż niewydolność nerek;</li> <li>2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poniżej 45 ml/min. - u pacjentów chorujących na cukrzycę;</li> <li>b) poniżej 30 ml/min. - u pozostałych pacjentów.</li> </ol> </li> <li>3) wiek: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) powyżej 1 roku życia – dla terapii <i>darbepoetyną alfa</i> i <i>epoetyną alfa</i>;</li> <li>b) powyżej 18 roku życia – dla terapii <i>roksadustatem</i>.</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>1.1. Dawkowanie darbepoetyny alfa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) okres uzyskania poprawy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 0,45 µg/kg mc., raz w tygodniu, dożylnie lub podskórnie lub</li> <li>b) 0,75 µg/ kg mc., raz na 2 tygodnie, podskórnie lub</li> <li>c) 1,5 µg/kg mc., raz w miesiącu, podskórnie – tylko dla dorosłych.</li> </ol> </li> <li>2) leczenie podtrzymujące: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pojedyncze wstrzyknięcie raz na tydzień lub raz na 2 tygodnie lub raz w miesiącu (tylko u pacjentów dorosłych).</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>2) badanie poziomu hematokrytu;</li> <li>3) badanie wysycenia transferyny żelazem we krwi (TSAT);</li> <li>4) oznaczenie wskaźnika filtracji kłębuszkowej (GFR);</li> <li>5) badanie stężenia białka C-reaktywnego we krwi (CRP) – nie dotyczy terapii roksadustatem.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>2) badanie poziomu hematokrytu.</li> </ol> <p>Badania wykonuje się co 2 tygodnie po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki.</p> <p>Po osiągnięciu stabilnego, docelowego stężenia hemoglobiny powyższe badania wykonuje się raz w miesiącu.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i</li> </ol>

<p>4) wykluczenie dializoterapii;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;</p> <p>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>W przypadku braku uzyskania klinicznie istotnego wzrostu stężenia hemoglobiny, nie należy kontynuować leczenia roksadustatem dłużej niż 24 tygodnie od rozpoczęcia terapii.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) konieczność dializoterapii świadczeniobiorcy;</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p>	<p>U pacjentów otrzymujących darbepoetynę raz na 2 tygodnie, po uzyskaniu docelowego stężenia hemoglobiny, lek może być podawany podskórnym raz w miesiącu stosując dawkę początkową równą podwójnej dawce podawanej raz na 2 tygodnie.</p> <p><b>1.2. Dawkowanie epoetyny alfa</b></p> <p>1) faza wyrównania:</p> <p>a) dawka początkowa 50 j.m./kg, 3 razy w tygodniu;</p> <p>2) faza podtrzymująca:</p> <p>a) podanie dożylnie – 3 razy w tygodniu,</p> <p>b) podanie podskórne – raz w tygodniu lub raz na 2 tygodnie.</p> <p>Dawka ustalana indywidualnie w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.</p> <p>Maksymalnie:</p> <p>a) 150 j.m./kg, 3 razy w tygodniu,</p> <p>b) 240 j.m./kg (do maks. 20 000 j.m.) raz w tygodniu,</p> <p>c) 480 j.m./kg (do maks. 40 000 j.m.) raz na 2 tygodnie.</p> <p><b>1.3. Dawkowanie roksadustatu</b></p> <p>1) dawka początkowa:</p> <p>a) 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni:</p> <p>– masa ciała do 100 kg: 70 mg,</p> <p>– masa ciała powyżej 100 kg: 100 mg;</p> <p>2) dawka podtrzymująca:</p>	<p>każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
---	--	---



<p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego;</p> <p>7) schyłkowa niewydolność nerek;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>	<p>a) od 20 mg do 100 mg, 3 razy w tygodniu, w nienastępujące po sobie dni, w zależności od ostatniego pomiaru stężenia hemoglobiny.</p>	
--	--	--

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
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m<sup>2</sup>/min.;</li> <li>2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0;</li> <li>3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulich'a i Pyle;</li> <li>4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>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.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości;</li> <li>2) zaburzenia przemian węglowodanowych;</li> <li>3) choroba nowotworowa,</li> <li>4) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) badania densytometryczne;</li> <li>3) RTG stawów biodrowych.</li> </ol> <p>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Co 30 dni</b> w 3 - 4 stadium choroby:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie parathormonu (intact PTH);</li> <li>2) fosfataza alkaliczna;</li> <li>3) proteinogram;</li> <li>4) stężenie glukozy we krwi;</li> <li>5) stężenie kreatyniny;</li> <li>6) stężenie mocznika;</li> <li>7) jonogram w surowicy krwi (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Ca zjonizowany<sup>+</sup>, P<sup>-</sup>);</li> <li>8) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>9) gazometria.</li> </ol> <p><b>2.2 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja urologiczna,</li> <li>b) USG jamy brzusznej,</li> </ol> </li> <li>2) konsultacja dietetyka;</li> <li>3) w 2 stadium choroby:</li> </ol>

<p>lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat);</p> <p>5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>a) stężenie parathormonu (intact PTH),</li><li>b) fosfataza alkaliczna,</li><li>c) proteinogram,</li><li>d) stężenie glukozy we krwi,</li><li>e) stężenie kreatyniny,</li><li>f) stężenie mocznika,</li><li>g) jonogram w surowicy krwi (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Ca zjonizowany<sup>+</sup>, P<sup>-</sup>),</li><li>h) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>i) gazometria.</li></ul> <p><b>2.3 Po 90 dniach</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) stężenie IGF-1.</li></ul> <p><b>2.9 Co 365 dni</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) stężenie triglicerydów;</li><li>2) stężenie całkowitego cholesterolu;</li><li>3) stężenie IGF-1;</li><li>4) RTG śródreżcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>5) w uzasadnionych przypadkach:<ul style="list-style-type: none"><li>a) badania densytometryczne,</li><li>b) RTG stawów biodrowych,</li><li>c) konsultacja okulistyczna,</li><li>d) konsultacja ortopedyczna,</li><li>e) cystouretografia,</li></ul></li><li>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb:<ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja ortopedyczna,</li><li>b) RTG/USG stawów biodrowych,</li><li>c) TK z kontrastem stawów biodrowych,</li></ul></li><li>7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<ul style="list-style-type: none"><li>a) badanie ogólne moczu,</li><li>b) posiew moczu.</li></ul></li></ul>
---	--	--

		<p>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.39.

## LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO DIALIZAMI (ICD-10: N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wtórna nadczynność przytarczyc;</li> <li>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);</li> <li>3) stężenie iPTH &gt; 500pg/ml;</li> <li>4) długotrwałe leczenie dializami z powodu schyłkowej niewydolności nerek;</li> <li>5) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii parykalcytolem.</li> </ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie cynakalcetu lub parykalcytolu</b></p> <p>Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Leczniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji.</p> <p>U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżyć wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.</p>	<p><b>1. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie iPTH – przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;</li> <li>2) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>3) stężenie fosforu w surowicy;</li> <li>4) iloczyn Ca x P w surowicy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>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;</li> <li>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</li> </ol>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);</li><li>2) przeszczepienie nerki;</li><li>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;</li><li>4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.</li></ol>		
--	--	--

Załącznik B.40.

**PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10: P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Program lekowy dedykowany jest dla pacjentów w następujących populacjach:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci neonatologiczni,</li> <li>2) pacjenci z rozpozną mukowiscydozą do 1 roku życia,</li> <li>3) pacjenci kardiologiczni do 2 roku życia,</li> <li>4) pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowym zanikiem mięśni do 2 roku życia.</li> </ol> <p>Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej lub pulmonologii dziecięcej w porozumieniu z odpowiednim konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.</p> <p>Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 września do 30 kwietnia.</p> <p>Immunizację paliwizumabem przeprowadza się maksymalnie w dwóch następujących po sobie sezonach immunizacji zgodnie z kryteriami poniżej.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Pacjenci neonatologiczni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak ukończenia szóstego miesiąca życia w momencie rozpoczęcia immunizacji, oraz spełnienie kryterium: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wiek ciążowy 29 - 32 tygodni,</li> <li>lub</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie paliwizumabu</b></p> <p>Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</p> <p>Lek podaje się we wstrzyknięciu domięśniowym, najlepiej w przednio-boczną część uda. Nie należy wybierać mięśnia pośladkowego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dysplazja oskrzelowo-płucna: kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej;</li> <li>2) hemodynamicznie istotna wada serca: kliniczne potwierdzenie hemodynamicznie istotnej wady serca;</li> <li>3) rdzeniowy zanik mięśni: kliniczne potwierdzenie rdzeniowego zaniku mięśni;</li> <li>4) mukowiscydoza: kliniczne potwierdzenie mukowiscydozy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>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.</p> <p>Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej oraz</p>

<p>b) wiek ciążowy <math>\leq 35</math> tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g,</p> <p>2) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz narodziny w wieku ciążowym <math>\leq 28</math> tygodni,</p> <p>3) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie dysplazji oskrzelowo-płucnej.</p> <p><b>1.2. Pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą:</b></p> <p>1) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji.</p> <p><b>1.3. Pacjenci kardiologiczni:</b></p> <p>1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie hemodynamicznie istotnej wady serca z:</p> <p>a) jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego,</p> <p>lub</p> <p>b) umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym,</p> <p>lub</p> <p>c) sinicznymi wadami serca, z przeskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się <math>&lt;90\%</math>.</p> <p><b>1.4. Pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni:</b></p> <p>1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji.</p> <p>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.</p>		<p>pulmonologii dziecięcej nadzorują program korzystając z elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--



Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którym podano lek zawierający substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji immunizacji, o ile na dzień podania pierwszej dawki spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie mają przeciwwskazań do immunizacji oraz nie spełniają kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.

## **2. Określenie czasu leczenia w programie**

Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 września do 30 kwietnia) co miesiąc – 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakiegokolwiek ze składników występujących w preparacie,
- 2) przebycie reakcji nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał,
- 3) brak zgody prawnych opiekunów na leczenie,
- 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony prawnych opiekunów.

Załącznik B.41.

**LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym;</li> <li>2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia;</li> <li>3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców;</li> <li>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);</li> <li>5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li> <li>6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów;</li> <li>7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);</li> <li>8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1.</li> </ol> <p>Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Po 30 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja laryngologiczna.</li> </ol> <p><b>2.2 Po 90 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) konsultacja laryngologiczna, następane w zależności od potrzeb.</li> </ol> <p><b>2.3 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja dietetyka;</li> <li>2) konsultacja rehabilitanta.</li> </ol> <p><b>2.4 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>2) pomiar stężenia TSH;</li> <li>3) pomiar stężenia fT4.</li> <li>4) jonogram w surowicy krwi.</li> </ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi.</p> <p><b>2.5 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u</li> </ol>

<p>9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregośkolwiek z kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą;</li><li>2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii;</li><li>3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego;</li><li>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);</li><li>5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów;</li><li>6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.</li></ol>		<p>dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja kardiologiczna,</li><li>b) USG serca,</li></ol></li><li>3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;</li><li>4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego;</li><li>5) pomiar stężeń triglicerydów;</li><li>6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;</li><li>7) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li><li>8) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li><li>9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA<sub>1c</sub>);</li><li>10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li><li>11) pomiar stężenia IGF-1;</li><li>12) konsultacja laryngologiczna;</li><li>13) konsultacja ortopedyczna;</li><li>14) RTG śródreczę z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>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);</li><li>16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja nefrologiczna,</li><li>b) konsultacja urologiczna,</li><li>c) USG jamy brzusznej,</li></ol></li></ol>
--	--	---

		<p>d) badanie ogólne i posiew moczu;</p> <p>17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja ortopedyczna,</li><li>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;</li></ul> <p>18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja okulistyczna;</li><li>b) konsultacja neurologiczna;</li><li>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).</li></ul> <p>Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li><li>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.</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ul>
--	--	--

Załącznik B.42.

**LECZENIE NISKOROSŁYCHDZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA(ZT) (ICD-10 Q96)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNIE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stygmaty Zespołu Turnera;</li> <li>2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich;</li> <li>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;</li> <li>4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> <li>5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);</li> <li>6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego;</li> <li>7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b> Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b> Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Po 90 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1.</li> </ol> <p><b>2.2 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1C</sub> lub co 365 dni:</li> <li>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.</li> </ol> <p><b>2.3 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>2) pomiar stężenia TSH;</li> <li>3) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>4) jonogram w surowicy krwi.</li> </ol> <p><b>2.4 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia);</li> <li>2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);</li> </ol>

<p>Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej;</li><li>2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri;</li><li>3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy;</li><li>4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;</li><li>5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm;</li><li>6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych);</li><li>7) niezadawalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok;</li><li>8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego);</li><li>4) pomiar stężenia IGF-1;</li><li>5) RTG śródreźcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja ortopedyczna;</li><li>b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;</li></ol></li><li>7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja okulistyczna;</li><li>b) konsultacja neurologiczna;</li><li>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).</li></ol></li></ol> <p>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami</li></ol>
--	--	---

---

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.44.

**LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>omalizumabem</i>,</li> <li>2) <i>mepolizumabem</i>,</li> <li>3) <i>benralizumabem</i>,</li> <li>4) <i>dupilumabem</i>,</li> <li>5) <i>tezepelumabem</i>,</li> </ol> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>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.</p> <p><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <p><b>1.1.1.</b> 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</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (&gt;1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat &gt;400mcg lub innego</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p>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.</p> <p>Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m/ml), oznaczonego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta (kg) należy odczytać z tabel dawkowania zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>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.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p>	<p><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);</li> <li>2) test <i>in vitro</i> (opcjonalnie);</li> <li>3) pomiar masy ciała;</li> <li>4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);</li> <li>5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień);</li> <li>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);</li> <li>7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</li> <li>8) morfologia krwi i badania biochemiczne:</li> </ol>



<p>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 <math>\beta</math>-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekłe; u dzieci w wieku 6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów;</li><li>3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;</li><li>4) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności <i>in vitro</i> na alergeny całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml;</li><li>5) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<ol style="list-style-type: none"><li>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ &gt;1.5 pkt),</li><li>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,</li><li>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,</li><li>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 &lt;80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF &gt;30%),</li><li>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ &lt;5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ &lt;5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat;</li></ol></li><li>6) masa ciała 20-150 kg;</li><li>7) niepalenie tytoniu;</li><li>8) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;</li></ol>	<p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>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.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <h2>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej</h2> <h3>1) mepolizumabem</h3> <p>Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnym co 4 tygodnie.</p> <p>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.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny,</li><li>b) stężenie mocznika,</li><li>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li><li>d) stężenie AIAT,</li><li>e) stężenie AspAT;</li></ol> <p>9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li><li>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</li><li>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</li></ol> <h3>1.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</h3> <ol style="list-style-type: none"><li>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</li><li>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;</li><li>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;</li><li>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.</li></ol>
--	--	--

<p>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>12) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>13) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni omalizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;</p> <p>2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia:</p> <p>a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);</p> <p>b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:</p>	<p>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.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <p><b>2) benralizumabem</b></p> <p>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).</p> <p>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 <math>\leq</math> 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był <math>&gt;</math> 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).</p> <p>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</p>	<p><b>1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li> <li>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li> <li>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;</li> <li>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.</li> </ol> <p><b>1.4. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>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:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);</li> <li>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);</li> <li>3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</li> </ol>
---	---	--

<p>– brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o <math>\geq 0,5</math> pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem),</p> <p>– brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o <math>\geq 0,5</math> pkt u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem),</p> <p>– zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o <math>\geq 5</math> mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);</p> <p>3) palenie tytoniu;</p> <p>4) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;</p> <p>7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>8) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p> <p><b>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p>pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>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</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <p><b>3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem</b></p> <p>Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>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</p>	<p>4) morfologia krwi i badania biochemiczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>stężenie kreatyniny,</li> <li>stężenie mocznika,</li> <li>stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>stężenie AIAT,</li> <li>stężenie AspAT;</li> </ol> <p>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li> <li>analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</li> <li>analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</li> <li>morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): <ol style="list-style-type: none"> <li>stężenie kreatyniny,</li> </ol> </li> </ol>
--	---	--

<p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>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.</p> <p>W przypadku zajścia w ciążę leczenie omalizumabem zostaje zawieszane. 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.</p> <p>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.</p> <p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem, o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <p><b>2.1.1.</b> pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie <math>\geq 350</math> komórek/<math>\mu</math>l na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie <u>lub</u> <math>\geq 150</math> komórek/<math>\mu</math>l, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce <math>\geq 5</math>mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi <math>\geq 1,0</math>g (w przeliczeniu na prednizon)</p>	<p>pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>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</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <p><b>4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem</b></p> <p>Tezepelumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>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.</p>	<p>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT;</p> <p>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.</p> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <p>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</p> <p><b>2.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</b></p> <p>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);</p>
--	--	---

<ol style="list-style-type: none"><li>1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (&gt;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 <math>\beta</math>-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</li><li>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe;</li><li>3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<ol style="list-style-type: none"><li>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ &gt;1.5 pkt),</li><li>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,</li><li>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,</li><li>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 &lt;80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF &gt;30%),</li><li>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ &lt;5,0 punktów);</li></ol></li><li>4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii;</li><li>5) niepalenie tytoniu;</li><li>6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;</li><li>7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;</li><li>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</li><li>9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;</li><li>10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;</li></ol>	<p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>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</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);</li><li>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.</li></ol> <p><b>2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li><li>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li><li>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</li><li>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.</li></ol> <p><b>2.4. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>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:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</li></ol>
---	---	---

<p>11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni mepolizumabem albo benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 1. 2) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;</li><li>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 <math>\leq 30\%</math> o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;</li><li>3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);</li><li>4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o <math>\geq 0,5</math> pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem);</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny,</li><li>b) CRP,</li><li>c) stężenie AIAT,</li><li>d) stężenie AspAT;</li></ol></li><li>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);</li><li>4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);</li><li>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</li></ol> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li><li>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</li><li>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</li></ol> <p><b>3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);</li></ol>
--	--	---

- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o  $\geq 0,5$  pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem);
- 6) palenie tytoniu;
- 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia;
- 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

### 2.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego

- 2) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);
- 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);
- 5) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
- 6) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
  - a) stężenie kreatyniny,
  - b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
  - c) stężenie AIAT,
  - d) stężenie AspAT;
- 7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;
- 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.

#### **Ponadto przeprowadzana jest:**

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie mepolizumabem lub benralizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

### **3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem**

#### **3.1. Kryteria włączenia do programu:**

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:

**3.1.1.** pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili we krwi na poziomie  $\geq 350$  komórek/ $\mu\text{l}$  na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub  $\geq 150$  komórek/ $\mu\text{l}$ , jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce  $\geq 5\text{mg}$  dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi  $\geq 1,0\text{g}$  (w przeliczeniu na prednizon)

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów ( $>1000$  mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora  $\beta$ -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**



<p>adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe;</li><li>3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:<ol style="list-style-type: none"><li>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ&gt;1,5 pkt),</li><li>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,</li><li>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,</li><li>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 &lt;80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF&gt;30%),</li><li>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ&lt;5,0 punktów);</li></ol></li><li>4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii;</li><li>5) niepalenie tytoniu;</li><li>6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;</li><li>7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;</li><li>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</li><li>9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;</li><li>10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;</li><li>11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz</li></ol>		<p><b>terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);</li><li>2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);</li><li>3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</li><li>4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny,</li><li>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li><li>c) stężenie AIAT,</li><li>d) stężenie AspAT;</li></ol></li><li>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</li></ol> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li><li>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</li><li>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</li></ol> <p><b>4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem</b></p>
--	--	--

<p>prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.</p> <p>albo</p> <p><b>3.1.2.</b> pacjenci powyżej 12 roku z ciężką, niekontrolowaną astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili w krwi na poziomie <math>\geq 150</math> 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;</p> <p>1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (<math>&gt;1000</math> 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 <math>\beta</math>-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</p> <p>2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują je przewlekłe;</p> <p>3) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;</p> <p>4) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:</p> <p>a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ <math>&gt;1,5</math> pkt),</p> <p>b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,</p> <p>c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,</p>		<p><b>4.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></p> <p>1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie):</p> <p>a) stężenie kreatyniny;</p> <p>b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>c) stężenie AIAT;</p> <p>d) stężenie AspAT;</p> <p>3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);</p> <p>5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);</p> <p>6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.</p> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <p>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</p>
--	--	---

<p>d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 &lt;80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF&gt;30%),</p> <p>e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ&lt;5,0 punktów);</p> <p>5) niepalenie tytoniu;</p> <p>6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;</p> <p>7) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergeny wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;</p> <p>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</p> <p>12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego</p>		<p>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</p> <p><b>4.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:</b></p> <p>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</p> <p>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);</p> <p>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);</p> <p>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.</p> <p><b>4.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:</b></p> <p>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</p> <p>2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</p> <p>3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;</p>
---	--	--

<p><b>3.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;</li><li>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 <math>\leq 30\%</math> o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;</li><li>3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);</li><li>4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o <math>\geq 0,5</math> pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem);</li><li>5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o <math>\geq 0,5</math> pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem);</li><li>6) palenie tytoniu;</li><li>7) w przypadku podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;</li><li>8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia;</li><li>9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;</li><li>11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li></ol>		<p>4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące.</p> <p><b>4.4. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>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:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</li><li>2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny,</li><li>b) CRP,</li><li>c) stężenie AIAT,</li><li>d) stężenie AspAT;</li></ol></li><li>3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);</li><li>4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);</li><li>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</li></ol> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li><li>2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu</li></ol>
---	--	---

<p>12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p> <p><b>3.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>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.</p> <p>W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszane. 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.</p> <p>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.</p> <p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii dupilumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem</b></p> <p><b>4.1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p>		<p>ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</p> <p>3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</p> <p><b>5.</b> Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię</p>
---	--	--

**4.1.1.** pacjenci powyżej 12. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą definiowaną przez:

- 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora  $\beta$ -2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);
- 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe;
- 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:
  - a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),
  - b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,
  - c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,
  - d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF >30%),
  - e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ <5,0 punktów);
- 4) niepalenie tytoniu;
- 5) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;
- 6) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;

nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

## **6. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników w skuteczności poszczególnych terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;
- 10) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 11) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu,) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.

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

#### **4.2. Kryteria wyłączenia**

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 4. 1. 2) w okresie leczenia tezepelumabem w liczbie równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii tezepelumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o  $\leq 30\%$  o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;
- 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
- 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o  $\geq 0,5$  pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem);

- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o  $\geq 0,5$  pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem);
- 6) palenie tytoniu;
- 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie tezepelumabem do momentu wyleczenia;
- 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

#### 4.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu



<p>podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.</p> <p>W przypadku zajścia w ciążę leczenie tezepelumabem zostaje zawieszane. 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.</p> <p>U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie tezepelumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.</p> <p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii tezepelumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p>		
---	--	--

Załącznik B.47.

**LECZENIE CHORYCH Z UMIARKOWANĄ I CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁUSZCZYCY PLACKOWATEJ (ICD-10: L40.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1.</b> 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.</p> <p><b>1.2.</b> Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) pacjenci w wieku:</p> <p>a) 18 lat i powyżej, lub</p> <p>b) 4 lat i powyżej – w przypadku do kwalifikacji do terapii adalimumabem, lub</p> <p>c) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem, ustekinumabem, iksekizumabem, sekukinumabem;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, ryzankizumab, guselkumab, certolizumab pegol, tyltrakizumab i bimekizumab</b> 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.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi;</li> <li>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</li> <li>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>4) stężenie kreatyniny w surowicy;</li> <li>5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</li> <li>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> <li>8) obecność antygeny HBs;</li> <li>9) przeciwciała anty-HCV;</li> <li>10) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie terapii</b></p>

<p>2) pacjenci z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej, którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego;</p> <p>3) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami:</p> <p>a) PASI większym niż 10, oraz</p> <p>b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10, oraz</p> <p>c) BSA większym niż 10;</p> <p>4) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 4 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC.</p> <p><b>1.3.</b> Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie.</p> <p><b>1.4.</b> 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.</p>	<p>leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię łuszczycy plackowatej danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>Po 2 miesiącach (<math>\pm</math> 30 dni) i 4 miesiącach (<math>\pm</math> 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologię krwi;</li> <li>2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>3) stężenie kreatyniny w surowicy;</li> <li>4) AspAT i AlAT;</li> </ol> <p>oraz po 4 miesiącach (<math>\pm</math> 30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy (<math>\pm</math> 30 dni).</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w SMPT podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w</p>
---	--	--

**1.5.** W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego produktu leczniczego, którym odbywa się leczenie. W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.

## **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC.

## **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie**

1) po 4 miesiącach ( $\pm$  30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75%

lub

2) po 4 miesiącach ( $\pm$  30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów.

## **4. Kryteria i warunki zmiany terapii**

1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:

a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą,

lub

b) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL,

zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

## **3. Monitorowanie programu**

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

<p>lub</p> <p>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt. 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>2) w ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa;</p> <p>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;</p> <p>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p><b>5. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 3;</p> <p>2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy:</p> <p>a) PASI większy niż 10,</p> <p>oraz</p> <p>b) BSA większy niż 10,</p> <p>oraz</p> <p>c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10;</p> <p>3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego produktu leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.</p> <p><b>6. Czas leczenia w programie</b></p>		<p>lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

W przypadku kwalifikacji do terapii poszczególnymi substancjami czynnymi ujętymi w programie lekowym:

- 1) kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie;
- 2) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu;
- 3) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

#### **7. Kryteria ponownego włączenia do programu**

Do programu może być ponownie włączony pacjent:

- 1) u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta;
- 2) u którego z przyczyn niemedycznych lub z powodu ciąży odstawiono leczenie, a następnie doszło do zaostrzenia choroby (PASI>10) i nie ma u niego przyczyn medycznych będących przeciwwskazaniem do stosowanego leczenia.

Załącznik B.50.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się tylko jedną linię leczenia podtrzymującego inhibitorami PARP niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) olaparyb;</li> <li>2) niraparyb;</li> </ol> <p><b>W leczeniu nowo zdiagnozowanego</b> zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:</p> <p><b>1) w monoterapii:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2, albo</li> <li>b) niraparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD);</li> </ol> <p><b>2) w skojarzeniu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>olaparyb z bewacyzumabem</b> u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD);</li> </ol> <p><b>W leczeniu nawrotowego</b> raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się:</p> <p><b>1) w monoterapii:</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. olaparyb w monoterapii:</b> maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg.</p> <p><b>1.2. niraparyb w monoterapii:</b> maksymalna całkowita dawka dobową: 300 mg.</p> <p>Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią.</p> <p><b>1.3. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem:</b> <b>bewacyzumab</b> - 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. <b>olaparyb</b> - maksymalna całkowita dawka dobową: 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.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenie schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>7) oznaczenie stężenia CA125;</li> <li>8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;</li> <li>9) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol>

<p>a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, po wcześniejszym zastosowaniu przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny).</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP.</p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji dla nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej</b></p> <p>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:</p> <p>a) w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem w monoterapii stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach <i>BRCA1/2</i> bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu), lub</li><li>– FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu), lub</li><li>– FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach <i>BRCA 1/2</i> (w przypadku olaparybu albo niraparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu), lub</li><li>– FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu);</li></ul>	<p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania wykonuje się co 1 miesiąc.</p> <p>W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li><li>2) oznaczenie stężenia CA125 co 1 miesiąc lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej;</li><li>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:</p> <p>a) w trakcie leczenia olaparybem albo niraparybem nie rzadziej niż co 6 miesięcy</p>
---	--	--



<p>albo</p> <p>b) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji;</p> <p>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;</p> <p>3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;</p> <p>4) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny;</p> <p>5) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</p> <p>8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>9) wykluczenie ciąży.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Kryteria kwalifikacji dla nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej</b></p> <p>1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;</p>		<p>lub częściej w zależności od wskazań klinicznych,</p> <p>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.</p> <p>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p> <p>w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <p>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,</p> <p>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),</p> <p>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie</p>
--	--	---

<p>2) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);</p> <p>3) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny;</p> <p>4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;</p> <p>5) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny;</p> <p>6) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</p> <p>9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>10) wykluczenie ciąży.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie chorych olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;</p>		<p>kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

<p>a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg aktualnych kryteriów RECIST) – 24 miesiące,</p> <p>b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg aktualnych kryteriów RECIST– pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat,</p> <p>c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,</p> <p>d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;</p> <p>2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:</p> <p>a) 36 miesięcy,</p> <p>b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,</p> <p>c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności;</p> <p>3) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej:</p> <p>a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST,</p> <p>b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;</p> <p>3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;</p> <p>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej;</p>		
---	--	--

<p>a) w przypadku leczenia nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia <math>\geq 2</math> według kryteriów ECOG;</p> <p>b) w przypadku leczenia nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia <math>\geq 3</math> według kryteriów ECOG;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>7) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p>		
---	--	--

Załącznik B.52.

**LECZENIE PŁASKONABLONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>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)</b></p> <p><i>1.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab</i></p> <p><b>1.1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z potwierdzeniem histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – ustna część gardła, krtaniowa część gardła lub krtani) ustalonego na podstawie badania materiału uzyskanego przez biopsję wycinkową ogniska pierwotnego nowotworu lub przerzutowo zmienionych regionalnych węzłów chłonnych;</li> <li>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;</li> <li>wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej;</li> </ol>	<p><b>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)</b></p> <p><b>1.1. Cetuksymab</b></p> <p>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 w przeciwnowotworowych, a w czasie wlewu oraz przynajmniej przez godzinę po jego zakończeniu konieczne jest ściśle monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności sprzętu resuscytacyjnego.</p> <p>1.1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu.</p>	<p><b>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)</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</b></p> <p><b>1.1.1. Badania laboratoryjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych;</li> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy;</li> <li>próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);</li> <li>inne w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>1.1.2. Inne badania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>TK lub MR twarzoczaszki i szyi;</li> <li>badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła;</li> </ol>

<p>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;</p> <p>5) wykluczenie obecności przerzutów odległych przynajmniej na podstawie rentgenografii klatki piersiowej w dwóch projekcjach i ultrasonografii jamy brzusznej;</p> <p>6) potwierdzenie obecności medycznych przeciwwskazań do jednoczesnej chemioradioterapii z udziałem cisplatyny, w tym:</p> <p>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),</p> <p>b) choroby narządu słuchu ( w tym niedosłuch potwierdzony badaniem laryngologicznym lub - w przypadku wątpliwości- badaniem audiometrycznym),</p> <p>c) polineuropatia potwierdzona badaniem neurologicznym;</p> <p>7) potwierdzenie sprawności w stopniu 0 lub 1 według klasyfikacji WHO;</p> <p>8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych:</p> <p>a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi oraz,</p> <p>b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;</p>	<p>1.1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m<sup>2</sup> podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut).</p> <p>1.1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m<sup>2</sup> – podania w 1 dniu radioterapii na 1-3 godziny przed frakcją napromieniania 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<sup>2</sup>, co 2 tygodnie</p> <p>1.1.5. Łącznie, poza dawką indukcyjną poprzedzającą napromienianie, chorzy otrzymują 6 (radioterapia przyspieszona) lub 7 (radioterapia frakcjonowana konwencjonalnie) podań cetuksymabu.</p> <p>1.1.6. W trakcie kolejnych wlewów konieczne jest ściśle monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.</p> <p><b>1.2. Planowanie i realizacja radioterapii</b></p> <p>1.2.1. Napromienianie prowadzone jest przy użyciu wysoenergetycznych fotonów X indukowanych w przyspieszaczach liniowym.</p> <p>1.2.2. Radioterapia powinna być zaplanowana w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję badań obrazowych, zgodnie z wytycznymi ICRU odnośnie określania objętości napromienianej</p>	<p>3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach;</p> <p>4) ultrasonografia jamy brzusznej;</p> <p>5) badanie elektrokardiograficzne (EKG);</p> <p>6) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>7) inne w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>1.1.3. Uwagi</b></p> <p>TK lub MR w ramach diagnostyki jest badaniem wykonywanym niezależnie od obrazowania w trakcie planowania napromieniania.</p> <p><b>1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania należy wykonać przed podaniem pierwszej dawki cetuksymabu przed pierwszym napromienianiem oraz:</p> <p><b>1.2.1. Badania laboratoryjne</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem, co tydzień w trakcie radioterapii;</p> <p>2) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczanowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy, co 3 tygodnie;</p> <p>3) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>1.2.2. Inne badania</b></p> <p>1) ocena odczynów popromiennych co tydzień od 2 tygodnia radioterapii;</p> <p>2) badanie skóry pod kątem oceny nasilenia wysypki trądzikopodobnej.</p> <p><b>1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Kliniczna ocena regresji raka płaskonabłonkowego co tydzień w trakcie leczenia, bezpośrednio po jego zakończeniu, a następnie systematycznie w trakcie wizyt kontrolnych.</p>
---	--	---

<p>10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych:</p> <p>a) czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej <math>\leq</math> 1,5-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> <li>– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy <math>\leq</math> 5-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> </ul> <p>b) morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie hemoglobiny <math>\geq</math> 10,0g/dl;</li> <li>– poziom leukocytów <math>&gt;</math> 3 000/mm<sup>3</sup>;</li> <li>– poziom neutrofilii <math>&gt;</math> 1 500/mm<sup>3</sup>;</li> <li>– poziom płytek krwi <math>&gt;</math> 100 000/mm<sup>3</sup>.</li> </ul> <p>11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>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.</p> <p><b>1.1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;</li> <li>2) wystąpienie wysypki trądzikopodobnej o przynajmniej 3 stopniu nasilenia po raz czwarty z kolei lub brak zmniejszenia</li> </ol>	<p>(gross tumor volume – GTV, clinical target volume – CTV, planned target volume – PTV).</p> <p>1.2.3. Konieczne jest stosowanie standardowej radioterapii 3D konformalnej lub napromieniania z modulowaną intensywnością wiązki (IMRT).</p> <p>1.2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy);</li> <li>– frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia tygodniowo);</li> <li>– hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie).</li> </ul> <p>1.2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.</p> <p><b>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)</b></p> <p><b>2.1. Cetuksymab</b></p>	<p><b>1.3.1. Badania laboratoryjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>1.3.2. Inne badania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);</li> <li>2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;</li> <li>3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;</li> <li>4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.</li> </ol> <p><b>1.3.3. Uwagi</b></p> <p>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.</p> <p><b>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)</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</b></p> <p><b>2.1.1. Badania laboratoryjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka płaskonabłonkowego zgodnie z kryteriami włączenia;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) stężenie we krwi: kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia, magnezu;</li> <li>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);</li> <li>5) inne w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>2.1.2. Inne badania</b></p>
---	---	--

<p>się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku;</p> <p>3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn;</p> <p>4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu.</p> <p><b>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)</b></p> <p><b>2.1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab</b></p> <p><b>2.1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu zróżnicowania guza G1-G2;</p> <p>2) potwierdzenie nawrotu lub przerzutów odległych na podstawie badania przedmiotowego lub badań obrazowych przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania);</p> <p>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);</p>	<p>2.1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu;</p> <p>2.1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m<sup>2</sup> podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut);</p> <p>2.1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m<sup>2</sup> podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m<sup>2</sup>, co 2 tygodnie.</p> <p>2.1.4. W trakcie wlewów konieczne jest ściśle monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.</p> <p><b>2.2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem</b></p> <p>2.2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się:</p> <p>1) w przypadku schematu EXTREME, w dawce 250 mg/m<sup>2</sup> co tydzień lub 500 mg/m<sup>2</sup> co 2 tygodnie;</p> <p>2) w przypadku schematu TPEX, w dawce 500 mg/m<sup>2</sup> co 2 tygodnie</p> <p>- do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>2.3. Chemioterapia</b></p> <p>2.3.1. Schemat EXTREME: Cisplatyna w dawce 100 mg/m<sup>2</sup> w dniu 1 kursu lub, w przypadku</p>	<p>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;</p> <p>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);</p> <p>3) inne w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.2.1. Badania laboratoryjne</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii;</p> <p>2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii;</p> <p>3) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2.2. Inne badania</b></p> <p>1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu.</p> <p><b>2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>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;</p> <p>2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.</p> <p><b>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)</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p>
--	--	---



<p>4) brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU;</p> <p>5) potwierdzenie sprawności wg KPS <math>\geq 80</math> lub ECOG/WHO 0-1;</p> <p>6) obecność nowotworowych zmian możliwych do oceny według kryteriów RECIST 1.1.;</p> <p>7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>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;</p> <p>9) potwierdzenie prawidłowej czynności układu krwiotwórczego umożliwiającej leczenie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>10) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej <math>\leq 2</math>-krotnej wartości górnej granicy normy; w przypadku chorych z przerzutami do wątroby – stężenie bilirubiny całkowitej <math>&lt; 5</math> mg/dl,</li> <li>– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy <math>\leq 3</math>-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> </ul> <p>11) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– klirens kreatyniny: <ul style="list-style-type: none"> <li>i. dla cisplatyny <math>\geq 60</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,</li> <li>ii. dla karboplatyny <math>\geq 40</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup>;</li> </ul> </li> </ul> <p>12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2.1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p>udokumentowanych przeciwwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/m<sup>2</sup> w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;</p> <p>2.3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli;</p> <p>2.3.3. Schemat TPEx: Cisplatyna w dawce 75 mg/m<sup>2</sup> w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z docetakselem w dawce 75 mg/m<sup>2</sup> w dniu 1 kursu. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;</p> <p>2.3.4. Okres zastosowania chemioterapii - do 4 cykli.</p> <p><b>2.4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych</b></p> <p>2.4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;</p> <p>2.4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące;</p>	<p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</p> <p>2) ocena stanu sprawności w skali ECOG;</p> <p>3) pomiar masy ciała;</p> <p>4) badania laboratoryjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li> <li>c) oznaczenie stężenia glukozy,</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</li> <li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,</li> <li>f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,</li> <li>g) oznaczenie poziomu TSH,</li> <li>h) test ciążyowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</li> </ul> <p>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;</p> <p>6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263.</p> <p><b>3.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</p> <p>2) morfologia krwi;</p> <p>3) wskaźniki biochemiczne: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.</p> <p>Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p>
--	---	--

<p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p><b>2.1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) istotne, utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia chorego;</li> <li>2) wystąpienie istotnych objawów niepożądanych lub współistniejących schorzeń uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuację leczenia;</li> <li>3) progresja choroby lub zgon chorego;</li> <li>4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego;</li> <li>5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń.</li> </ol> <p><b>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)</b></p> <p><b>3.1. Leczenie pembrolizumabem dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ekspresja CPS <math>\geq 1</math> – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,</li> <li>b) ekspresja CPS <math>\geq 1</math> – 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);</li> </ol> <p><b>3.1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p>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.</p> <p><b>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)</b></p> <p><b>3.1. Pembrolizumab</b></p> <p>3.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>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)</b></p> <p><b>4.1. Niwolumab</b></p>	<p><b>3.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przedmiotowe;</li> <li>2) badania laboratoryjne;</li> <li>3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.</li> </ol> <p>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>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)</b></p> <p><b>4.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przedmiotowe;</li> <li>2) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>3) pomiar masy ciała;</li> <li>4) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li> <li>c) oznaczanie stężenia glukozy,</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</li> <li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,</li> <li>f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu,</li> <li>g) oznaczenie poziomu TSH,</li> <li>h) test ciążyowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</li> </ol> </li> </ol>
---	--	---

<p>1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loco regionalnym lub przerzutami odległymi;</p> <p>2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii;</p> <p>3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego;</p> <p>4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;</p> <p>5) wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;</p> <p>7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) nieobecność przeciwwskazań:</p> <p>a) w przypadku monoterapii: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <p>b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii opartej na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p>4.1.1. Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.</p> <p><b>4.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</p> <p>2) morfologia krwi;</p> <p>3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.</p> <p>Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>4.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie przedmiotowe;</p> <p>2) Badanie laboratoryjne;</p> <p>3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.</p> <p>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>5. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW</p>
--	--	---

<p><b>3.1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.</p> <p><b>3.1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) nadwrażliwość na pembrolizumab;</li><li>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>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;</li><li>5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.</li></ol> <p><b>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)</b></p> <p><i>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</i></p> <p><b>4.1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p>		<p>NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

- 1) 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.

<p><b>4.4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) nadwrażliwość na lek;</li><li>3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>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;</li><li>5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.</li></ol>		
---	--	--

Załącznik B.54.

**LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)**

<b>Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego:</b> <i>DVTd</i> – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem i deksametazonem; <i>PVd</i> – pomalidomid w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem; <i>DVd</i> – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem; <i>DRd</i> – daratumumab w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; <i>Kd</i> – karfilzomib w skojarzeniu z deksametazonem;			<i>KRd</i> – karfilzomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; <i>IRd</i> – iksazomib w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem; <i>Pd</i> – pomalidomid w skojarzeniu z deksametazonem; <i>EloPd</i> – elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; <i>IsaPd</i> – izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem.		
<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>					
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>		<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>		<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>	
<p>W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytoowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytoowym w I linii leczenia: <i>DVTd, DRd,</i></li> <li>2) pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym: <i>PVd, DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, Pd, EloPd, IsaPd.</i></li> </ol> <p><i>Uwaga: terapia indukująca, po której nastąpi przeszczepienie autologicznych komórek macierzystych i terapia konsolidująca/ podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia.</i></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p>		<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie w I linii leczenia w schemacie:</b></p> <p><b>1.1.1. DVTd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>Maksymalna liczba cykli: 6 (maksymalnie 4 cykle indukcyjne i maksymalnie 2 cykle konsolidujące)</p> <p><u>Daratumumab i.v.</u> w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w leczeniu indukcyjnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-16;</li> <li>2) w leczeniu konsolidującym: co dwa tygodnie w tygodniach 1-8.</li> </ol> <p><u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m<sup>2</sup> pc. dożylnie lub podskórnym w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu.</p>		<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> <li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>7) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> <li>8) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;</li> <li>9) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym m</li> </ol>	

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>3) rozpoznanie szpiczaka plazmocytozowego;</li> <li>4) brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;</li> <li>5) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku (będącego składową wybranego schematu leczenia);</li> <li>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li> <li>10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do I linii leczenia w schemacie:</b></p>	<p><b>Talidomid:</b> podawany doustnie w dawce 100 mg raz na dobę w każdym dniu każdego cyklu.</p> <p><b>Deksametazon:</b> podawany doustnie lub dożylnie w dawce 40 mg w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16., 22. i 23. w cyklach 1. i 2. oraz w dawce 40 mg w dniach 1.-2. i 20 mg w kolejnych dniach dawkowania (dniach 8., 9., 15., 16.) w cyklach 3-4. <i>Deksametazon</i> w dawce 20 mg powinien być podawany w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16. w cyklach 5. i 6.</p> <p><b>1.1.2. DRd</b></p> <p><i>Uwaga: W I linii leczenia szpiczaka plazmocytozowego w schemacie DRd finansowany jest jedynie daratumumab w formie do podania podskórnego (s.c.).</i></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><b>Daratumumab s.c.</b> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.</p> <p><b>Lenalidomid:</b> zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><b>Deksametazon:</b> zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku &gt; 75 lat).</p>	<p>szpiczakiem plazmocytozowym - badanie kośćca do decyzji lekarza);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml wykonany w dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku;</li> <li>11) dodatkowo w przypadku schematu <i>IRd</i>, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu <i>IRd</i> – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka;</li> <li>12) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>IsaPd</i> – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a);</li> <li>13) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i> – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);</li> <li>14) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</li> <li>b) elektrokardiografia (EKG),</li> <li>c) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca.</li> </ol> </li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia (za wyjątkiem wskazanym dla badania w pkt 10) oraz za wyjątkiem badań z pkt 11, które mogą być wykonane wcześniej).</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml, zgodnie z zaleceniami odpowiedniej, aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li> </ol>
---	--	--



<p><b>1.2.1. DVTd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</li> <li>2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG);</li> <li>3) kwalifikowanie się pacjenta do leczenia chemioterapią wysokodawkową z przeszczepieniem autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>4) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 30 \times 10^9/l</math> (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <math>&lt; 75 \times 10^9/l</math> decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).</li> </ol>	<p><b>1.2. Dawkowanie w leczeniu opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie:</b></p> <p><b>1.2.1. PVD</b></p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-14 każdego cyklu.</p> <p><u>Bortezomib</u>: zalecana dawka początkowa: 1,3 mg/m<sup>2</sup> pc. raz na dobę, dożylnie lub podskórnym w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu w cyklach 1-8, a następnie w dniach 1. i 8. każdego kolejnego cyklu.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 20 mg (10 mg u chorych &gt;75 lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. w cyklach 1-8, a następnie w dniach 1., 2., 8. i 9. każdego kolejnego cyklu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>IsaPd</i>:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</li> <li>e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>f) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> </ol> </li> <li>4) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</li> <li>b) elektrokardiografia (EKG).</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>1.2.2. DRd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</li> <li>2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG);</li> <li>3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>4) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 0,5 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 30 \times 10^9/l</math> (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <math>&lt; 75 \times 10^9/l</math> decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).</li> </ol>	<p><b>1.2.2. DVd</b></p> <p>Od 1. tygodnia do 24. tygodnia każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie) = pierwsze 8 cykli.</p> <p>Od 25. tygodnia każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Daratumumab i.v.</u> w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.</p> <p><u>Bortezomib</u>: w dawce 1,3 mg/m<sup>2</sup> pc. dożylnie lub podskórnym w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli.</p> <p><u>Deksametazon</u>: w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli (tj. w dawce 80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku &gt; 75</p>	<p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu zalecane jest nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia należy wykonać badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoliconymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG), w tym m.in.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;</li> <li>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol>

<p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie:</b></p> <p><b>1.3.1. PVd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym schemat zawierający <i>lenalidomid</i>, i w trakcie leczenia nastąpiła progresja choroby;</li> <li>2) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math>, (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby).</li> </ol> <p><b>1.3.2. DVd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</li> <li>2) nie stwierdzono oporności na leczenie <i>bortezomibem</i>.</li> </ol> <p><b>1.3.3. DRd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</li> <li>2) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 0,5 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 30 \times 10^9/l</math> (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <math>&lt; 75 \times 10^9/l</math> decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).</li> </ol> <p><b>1.3.4. Kd</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</li> </ol>	<p>lat, BMI <math>&lt; 18,5</math>, ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami).</p> <p><b>1.2.3. DRd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Daratumumab i.v.</u> w dawce 16 mg/kg mc. podawany dożylnie albo <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie.</p> <p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku <math>&gt; 75</math> lat).</p> <p><b>1.2.4. Kd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dniach 1., 8. i 15 każdego cyklu w dawce:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) początkowej 20 mg/m<sup>2</sup> pc. (maksymalna dawka wynosi 44 mg) w dniu 1. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:</li> <li>2) 70 mg/m<sup>2</sup> pc. w dniu 8. i 15. cyklu 1., a następnie:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>6) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> <li>7) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu;</li> <li>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</li> </ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) rygorystyczna całkowita odpowiedź (sCR),</li> <li>b) całkowita odpowiedź (CR),</li> <li>c) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),</li> <li>d) częściowa odpowiedź (PR),</li> </ol> </li> </ol>
---	---	--

<p>2) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1,0 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math> lub <math>\geq 30 \times 10^9/l</math>, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;</p> <p>3) LVEF <math>\geq 40\%</math>;</p> <p>4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;</p> <p>5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;</p> <p>6) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.</p> <p><b>1.3.5. KRd</b></p> <p>1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytozy;</p> <p>2) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 0,5 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 30 \times 10^9/l</math> (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi <math>&lt; 75 \times 10^9/l</math> decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla <i>lenalidomidu</i>);</p> <p>3) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA;</p> <p>4) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;</p> <p>5) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych</p>	<p>3) w dawce <math>70 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}</math> w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu.</p> <p>Dawkowanie <i>karfilzomibu</i> może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.</p> <p><u>Deksametazon</u>: w dawce <math>40 \text{ mg}</math> doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. w cyklach 1-9, a następnie w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. <i>Deksametazon</i> należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem <i>karfilzomibu</i>.</p> <p><b>1.2.5. KRd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce:</p> <p>1) początkowej <math>20 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}</math> (maksymalna dawka wynosi <math>44 \text{ mg}</math>) w dniu 1. i 2. cyklu 1., a następnie, jeżeli lek jest dobrze tolerowany należy zwiększyć dawkę do:</p> <p>2) <math>27 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}</math> (maksymalna dawka wynosi <math>60 \text{ mg}</math>) w dniu 8., 9., 15. i 16. cyklu 1., a następnie:</p> <p>3) w dawce <math>27 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}</math> (maksymalna dawka wynosi <math>60 \text{ mg}</math>) w dniach 1., 2., 8., 9., 15. i 16. w cyklach 2-12, a następnie:</p> <p>4) w dawce <math>27 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}</math> (maksymalna dawka wynosi <math>60 \text{ mg}</math>) w dniach 1., 2., 15. i 16. w cyklach 13-18.</p> <p>Pacjenci, u których pc. jest większa niż <math>2,2 \text{ m}^2</math> powinni otrzymywać dawkę <i>karfilzomibu</i> obliczoną dla pc. wynoszącej <math>2,2 \text{ m}^2</math>, a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem <i>karfilzomibu</i> w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce</p>	<p>e) choroba stabilna (SD),</p> <p>f) brak odpowiedzi (NR),</p> <p>g) progresja choroby (PD),</p> <p>h) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</p> <p>i) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	---	--

<p>farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym.</p> <p><b>1.3.6. IRd</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia szpiczaka plazmocytoowego;</li><li>2) obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka, tj.: delecji w chromosomie 17 – del(17p), lub translokacji t(4;14), lub translokacji t(14;16);</li><li>3) brak oporności na leczenie <i>lenalidomidem</i>;</li><li>4) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1,0 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 75 \times 10^9/l</math> lub <math>\geq 30 \times 10^9/l</math>, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne.</li></ol> <p><b>1.3.7. Pd</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu;</li><li>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;</li><li>3) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math> (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby).</li></ol> <p><b>1.3.8. EloPd</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu;</li></ol>	<p>Produktu Leczniczego). Nie należy podawać <i>karfilzomibu</i> w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m<sup>2</sup> pc. jest podawana przez 10 minut.</p> <p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (20 mg u chorych &gt;75 lat) doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. <i>Deksametazon</i> należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem <i>karfilzomibu</i>.</p> <p><b>1.2.6. IRd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Iksazomib</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu.</p> <p><u>Lenalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa <i>lenalidomidu</i> powinna być zgodna z zaleceniami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a</p>	
--	--	--

<p>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;</p> <p>3) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math> (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej).</p> <p><b>1.3.9. IsaPd</b></p> <p>1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytozy, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu;</p> <p>2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;</p> <p>3) brak oporności na leczenie <i>pomalidomidem</i>;</p> <p>4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem <i>izatuksymabu</i> szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) <math>&lt; 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2</math> pow. ciała;</p> <p>5) bezwzględna liczba neutrofilii <math>\geq 1 \times 10^9/l</math>; liczba płytek krwi <math>\geq 50 \times 10^9/l</math> (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej).</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p>maksymalna dawka <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.</p> <p><b>1.2.7. Pd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych <math>&gt; 75</math> lat) doustnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.</p> <p><b>1.2.8. EloPd</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Elotuzumab</u>: zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1. i 2., a następnie w dawce 20 mg/kg mc. w 1. dniu każdego kolejnego cyklu.</p> <p><u>Pomalidomid</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu, podawana co najmniej 2 godziny po zakończeniu wlewu <i>elotuzumabu</i>, gdy podawane są w tym samym dniu.</p> <p>Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.</p>	
---	---	--

<p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii schematem:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>DVTd</i> – leczenie trwa do maksymalnie 4 cykli (16 tygodni) w leczeniu indukcyjnym, oraz do maksymalnie 2 cykli (8 tygodni) w leczeniu konsolidującym;</li><li>2) <i>KRd</i> – leczenie <i>karfilzomibem</i> w skojarzeniu z <i>lenalidomidem</i> i <i>deksametazonem</i> trwa maksymalnie do 18 cykli, następnie kontynuowane jest leczenie <i>lenalidomidem</i> i <i>deksametazonem</i>.</li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</li><li>2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia – nie dotyczy stosowania terapii według schematu <i>DRd</i> w <i>I linii leczenia</i>;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo</li></ol>	<p><u>Deksametazon w dniach, w których podawany jest <i>elotuzumab</i>:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) u pacjentów w wieku <math>\leq 75</math> lat: zalecana dawka <i>deksametazonu</i>: 28 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i> oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i>,</li><li>2) u pacjentów w wieku <math>&gt;75</math> lat: zalecana dawka <i>deksametazonu</i> to 8 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i> oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i>.</li></ol> <p><u>Deksametazon w dniach, w których nie jest podawany <i>elotuzumab</i>, a w których zaplanowane jest podanie dawki <i>deksametazonu</i>, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) u pacjentów w wieku <math>\leq 75</math> lat: w dawce 40 mg doustnie,</li><li>2) u pacjentów w wieku <math>&gt; 75</math> lat: w dawce 20 mg doustnie.</li></ol> <p><b>1.2.9. <i>IsaPd</i></b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u><i>Izatuksymab</i>:</u> zalecana dawka: 10 mg/kg mc. podawana dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu.</p> <p><u><i>Pomalidomid</i>:</u> zalecana dawka: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu.</p> <p>Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.</p>	
--	--	--

<p>leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;</p> <p>8) powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy schematów zawierających leki podawane dożylnie.</p>	<p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych &gt;75 lat) doustnie lub dożylnie raz na dobę w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>Zaleca się profilaktykę żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami.</p> <p>W przypadku leczenia <i>daratumumabem</i> lub inhibitorami proteasomu, przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.</p> <p><u>Leki podawane w infuzji:</u></p> <p>Przed i po infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Zmiany szybkości infuzji powinny być prowadzone zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego</p> <p>W przypadku trwałego zakończenia podawania dowolnego produktu leczniczego wchodzącego w skład schematu leczenia, dalsze podawanie pozostałych produktów leczniczych zależy od decyzji lekarza.</p>	
---	--	--

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
<p>W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>infliksymab</b>;</li> <li>2) <b>wedolizumab</b>;</li> <li>3) <b>tofacytynib</b>;</li> <li>4) <b>ustekinumab</b>;</li> <li>5) <b>filgotynib</b>;</li> <li>6) <b>ozanimod</b>;</li> <li>7) <b>upadacytynib</b>.</li> </ol> <p>Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo wedolizumabu albo tofacytynibu albo ustekinumabu albo filgotynibu albo ozanimodu albo upadacytynibu w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna.</p> <p>W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie infliksymabu, wedolizumabu, tofacytynibu, ustekinumabu, filgotynibu, ozanimodu, upadacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p><b>2. Modyfikacje dawkowania</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną CHPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem, upadacytynibem, filgotynibem oraz ozanimodem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów;</li> <li>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</li> <li>4) bilirubina – w przypadku ozanimodu;</li> <li>5) kreatynina;</li> <li>6) białko C-reaktywne;</li> <li>7) badanie ogólne moczu;</li> <li>8) test Quantiferon;</li> <li>9) antygen HBs oraz przeciwciała anty-HBcAg total;</li> <li>10) przeciwciała anty HCV;</li> <li>11) badanie w kierunku wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>12) stężenie elektrolitów w surowicy;</li> <li>13) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>14) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);</li> </ol>



<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p>1) wiek od 6 lat życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 lat w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu lub filgotynibem lub ozanimodu lub upadacytynibu;</p> <p>2) pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią WZJG (ocena <math>\geq 6</math> punktów w skali Mayo u osób w wieku <math>\geq 18</math> lat albo ocena <math>\geq 35</math> punktów w skali PUCAI u osób w wieku <math>&lt; 18</math> lat):</p> <p>a) hospitalizowani z powodu ciężkiego rzutu choroby z niedostateczną odpowiedzią na 3-5 dniowe dożylnie leczenie kortykosteroidami lub przeciwwskazaniem do takiego leczenia</p> <p>lub</p> <p>b) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)</p> <p>lub</p> <p>c) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)</p> <p>lub</p> <p>d) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA)</p> <p>lub</p> <p>e) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA);</p> <p>3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p>		<p>15) badanie endoskopowe;</p> <p>16) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;</p> <p>17) badanie kału na toksynę <i>Clostridioides Difficile</i>;</p> <p>18) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem;</p> <p>19) kalprotektyna;</p> <p>20) określenie początkowej wartości wskaźnika Mayo u dorosłych albo PUCAI u dzieci i młodzieży.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI;</li><li>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;</li><li>3) morfologia krwi obwodowej;</li><li>4) CRP.</li></ol> <p>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.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem</b></p>
---	--	---

- 4) brak przeciwwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL (jeśli dotyczy).

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo wedolizumabem albo tofacytynibem albo ustekinumabem albo filgotynibem albo ozanimodem albo upadacytynibem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali Mayo albo PUCAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.

Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI.

- 1) infliksymab
  - a) terapia indukcyjna: 6 tygodni,

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo;
- 2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem;
- 4) CRP.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni.

## 2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;
- 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;
- 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny);

<p>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;</p> <p>2) wedolizumab</p> <p>a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej),</p> <p>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;</p> <p>3) tofacytynib</p> <p>a) terapia indukcyjna: 8 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 8 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 8 tygodni leczenia,</p> <p>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;</p> <p>4) ustekinumab</p> <p>a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylniej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej),</p> <p>b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji</p>		<p>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.</p> <p>W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (<math>\pm</math> 2 tyg.).</p> <p><b>2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca po zakończeniu leczenia indukcyjnego jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;</li><li>2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem;</li><li>3) CRP.</li></ol> <p>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni.</p> <p><b>2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p>
--	--	--

<p>leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo;</p> <p>5) filgotynib</p> <p>a) terapia indukcyjna: 10 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 10 tygodni leczenia,</p> <p>b) leczenie podtrzymujące filgotynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzana co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo;</p> <p>6) ozanimod</p> <p>a) terapia indukcyjna: 10 tygodni,</p> <p>b) leczenie podtrzymujące ozanimodem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo;</p> <p>7) upadacytynib</p> <p>a) terapia indukcyjna: 8 – 16 tygodni,</p> <p>b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo.</p> <p><b>3. Zakończenie leczenia w programie</b></p>		<p>1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;</p> <p>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;</p> <p>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny, bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (neutrofilii) oraz limfocytów w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii);</p> <p>4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 10 tygodniu.</p> <p>W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach leczenia.</p> <p><b>2.6. Monitorowanie leczenia ozanimodem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p> <p>1) ocena stopnia aktywności choroby w 5 tygodniu w częściowej skali Mayo;</p> <p>2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 10 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;</p> <p>3) morfologię krwi z rozmazem wraz z oznaczeniem bezwzględnej liczby limfocytów w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia (w razie potwierdzenia bezwzględnej liczby</p>
---	--	---

<ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</li><li>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego;</li><li>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol>		<p>limfocytów <math>&lt;0,2 \times 10^9/l</math> należy przerwać leczenie ozanimodem do czasu, gdy stężenie limfocytów powróci do poziomu <math>&gt;0,5 \times 10^9/l</math>, wówczas można rozważyć ponowne rozpoczęcie leczenia ozanimodem);</p> <p>4) stężenia aminotransferaz i stężenie bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana dłużej niż 12 miesięcy, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać nie rzadziej niż co 6 miesięcy.</p> <p><b>2.7. Monitorowanie leczenia upadacytynibem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocenę stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo;</li><li>2) ocenę skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo;</li><li>3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów w 2 i 4 tygodniu;</li><li>4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu.</li></ol> <p>W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.</p>
--	--	--

		<p>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach (<math>\pm</math> 2 tyg.).</p> <p><b>2.8. Optymalizacja leczenia</b></p> <p>W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, lub ustekinumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku.</p> <p>Ponadto można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia.</p> <p>Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.</p> <p><b>2.9. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– odpowiedź na leczenie rozumiana jako spadek w całkowitej skali Mayo o co najmniej 3 pkt, w tym o co najmniej 1 punkt w endoskopowej skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI – ocena na koniec okresu indukcji;</li><li>– remisja kliniczna rozumiana jako liczba luźnych stolców na poziomie normalnym oraz nieobecność krwawień z odbytu (wynik 0 w skali PRO-2) bez konieczności stosowania steroidów, bez konieczności leczenia</li></ul>
--	--	---

		<p>chirurgicznego, w przypadku gdy lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego;</li><li>– utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;</li><li>– konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;</li><li>– wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia.</li></ul> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt 2.9 <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie</li></ol>
--	--	---

---

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



Załącznik B.56.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji, jedną linię chemioterapii, jedną linię terapii inhibitorem PARP z wykorzystaniem substancji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) apalutamid;</li> <li>2) darolutamid;</li> <li>3) enzalutamid;</li> <li>4) kabazytaksel;</li> <li>5) olaparyb.</li> </ol> <p>W leczeniu <b>wrażliwego na kastrację</b> raka gruczołu krokowego z <b>przerzutami</b> (mHSPC) stosowany jest <b>apalutamid</b>.</p> <p>W leczeniu <b>opornego na kastrację</b> raka gruczołu krokowego <b>bez przerzutów</b> (nmCRPC) stosowany jest <b>apalutamid</b> albo <b>darolutamid</b> albo <b>enzalutamid</b>.</p> <p>W leczeniu <b>opornego na kastrację</b> raka gruczołu krokowego z <b>przerzutami</b> (mCRPC) stosowany jest <b>enzalutamid</b> albo <b>kabazytaksel</b> albo <b>olaparyb</b>.</p> <p>W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowymi antyandrogenami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>apalutamid:</b> 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.</li> <li>2) <b>darolutamid:</b> zalecana dawka wynosi 600 mg (dwie tabletki po 300 mg) przyjmowane dwa razy na dobę, co stanowi równoważność całkowitej dawki dobowej wynoszącej 1200 mg. Lek należy połykać w całości z pokarmem.</li> <li>3) <b>enzalutamid:</b> zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery kapsułki lub tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu.</li> </ol> <p>Leków hormonalnych nowej generacji nie należy stosować łącznie z docetaksem ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) <b>olaparyb:</b> zalecana dawka wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia PSA;</li> <li>4) oznaczenie stężenia testosteronu;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny (oraz wyliczenie klirensu kreatyniny);</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>9) scyntygrafia kośćca;</li> <li>10) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej);</li> <li>11) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC);</li> </ol>

<p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;</li> <li>2) wiek <math>\geq 18</math> lat;</li> <li>3) stan sprawności:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (nmCRPC), darolutamidem, enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu)</li> <li>albo</li> <li>b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mCRPC po podaniu docetakselu) kabazytakselem, olaparybem;</li> </ol> </li> <li>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);</li> <li>5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</li> <li>6) nieobecność schorzeń lub stanów stanowiących przeciwwskazanie do zastosowania terapii;</li> <li>7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</li> <li>8) brak rozpoznania raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego lub raka przewodowego.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.2.1. Chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego o małym obciążeniu przerzutami (z ang. low volume disease) apalutamidem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stadium wrażliwości na kastrację;</li> <li>2) udokumentowane przeciwwskazania do zastosowania docetakselu;</li> <li>3) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprivacją androgenów przed włączeniem do programu;</li> </ol>	<p>odpowiada całkowitej dawce dobowej 600 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Lek stosuje się w monoterapii (za wyjątkiem leczenia skojarzonego z analogiem lub antagonistą LHRH).</p> <p>5) <b>kabazytaksel:</b> zalecana dawka wynosi 25 mg/m<sup>2</sup> pc., podawana w 1-godzinnej infuzji dożylniej co 3 tygodnie, w skojarzeniu z doustnym prednizonem lub prednizolonem w dawce 10 mg, podawanym codziennie podczas leczenia.</p> <p>Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie.</p> <p>Premedykacja:</p> <p>w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia i nasilenia reakcji nadwrażliwości, zalecany schemat premedykacji powinien być wykonany przynajmniej 30 minut przed każdym podaniem leku kabazytaksel poprzez dożylne podanie następujących produktów leczniczych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) lek przeciwhistaminowy (5 mg dekschlorfenyraminy lub 25 mg difenhydraminy albo lek o równoważnej sile działania),</li> <li>b) kortykosteroid (8 mg deksametazonu albo lek o równoważnej sile działania) oraz antagonistę receptora H<sub>2</sub> (ranitydyna albo lek o równoważnej sile działania).</li> </ol>	<p>12) rentgenografia lub tomografia komputerowa klatki piersiowej w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC);</p> <p>13) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania obrazowe powinny być wykonane w ciągu 3 miesięcy przed włączeniem do programu.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwiać późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST lub PCWG.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (w przypadku leczenia kabazytakselem, olaparybem);</li> <li>2) oznaczenie stężenia bilirubiny (w przypadku leczenia kabazytakselem);</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (w przypadku leczenia kabazytakselem);</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (w przypadku leczenia kabazytakselem);</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem);</li> </ol> <p>Badania laboratoryjne wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– badania krwi regularnie co 2-3 miesiące, również przy braku wskazań klinicznych;</li> </ul>
--	---	--

<p>4) występowanie <math>\geq 1</math> przerzutu do kości (jeśli jest ich <math>\geq 4</math> to zmiany muszą być ograniczone do kręgosłupa i miednicy) w badaniu scyntygraficznym;</p> <p>5) nieobecność przerzutów w narządach mięszzowych (dopuszczalne przerzuty w węzłach chłonnych);</p> <p>6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie o założeniu radykalnym, w tym stosowanie hormonoterapii uzupełniającej przez maksymalnie 3 lata, o ile została zakończona co najmniej rok wcześniej;</p> <p>7) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie deprywacją androgenów (kastacja farmakologiczna lub chirurgiczna), ale nie dłużej niż 6 miesięcy na etapie choroby przerzutowej;</p> <p>8) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu;</p> <p>9) niestosowanie leków antyresorpcyjnych wpływających na metabolizm kostny (nie dotyczy leków stosowanych w leczeniu osteoporozy);</p> <p>10) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia.</p> <p><b>1.2.2. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem</b></p> <p>1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;</p> <p>2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA <math>&gt;2</math> ng/ml;</p> <p>3) brak przerzutów odległych (cecha M0, dopuszczalne są jedynie przerzuty w węzłach chłonnych poniżej rozwidlenia aorty o ile w krótkim wymiarze mają mniej niż 2 cm – cecha N1) na podstawie scyntygrafii kości oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego lub rentgenografii klatki</p>	<p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>– przed podaniem każdej dawki leku w przypadku leczenia kabazytaksemem;</p> <p>– morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny nie rzadziej niż co 1 miesiąc (w przypadku leczenia olaparybem).</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności</b></p> <p>1) oznaczenie stężenia PSA, nie rzadziej niż co 3 miesiące, a w przypadku wskazań klinicznych decyzją lekarza kolejne oznaczenia mogą być wykonywane częściej;</p> <p>2) badania obrazowe (RTG/TK/MR) w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji, nie rzadziej niż co 6 miesięcy;</p> <p>3) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy;</p> <p>4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Badania oceniające odpowiedź powinny być wykonywane zawsze przy klinicznym podejrzeniu progresji.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) całkowita odpowiedź (CR),</p> <p>b) częściowa odpowiedź (PR) albo nonCR/nonPD,</p> <p>c) stabilizacja (SD) albo non/CR/nonPD,</p>
--	--	---

<p>piersiowej;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4) wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) <math>\leq 10</math> miesięcy;</li><li>5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu;</li><li>6) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem).</li></ol> <p><b>1.2.3. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami enzalutamidem przed zastosowaniem docetakselu (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie) lub po zastosowaniu docetakselu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;</li><li>2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA <math>&gt;2</math> ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;</li><li>3) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu.</li></ol> <p><b>1.2.4. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami kabazytakselem (leczonych wcześniej docetakselem)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej) u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>d) progresja (PD),</li><li>e) całkowite przeżycie (OS) albo czas wolny od progresji (PFS).</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2.2 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	--

<p>w pkt 2;</p> <p>2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA &gt;2 ng/ml</p> <p>lub</p> <p>progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;</p> <p>3) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT) nie większa niż 1,5-krotna wartość górnego zakresu normy, a w przypadku niespełnienia tego kryterium konieczne jest zmniejszenie dawki zgodnie z zapisami ChPL;</p> <p>4) stężenie bilirubiny całkowitej w granicach normy, a w przypadku gdy stężenie bilirubiny przekracza wartość górnego zakresu normy, ale nie jest większe niż 3-krotna wartość górnego zakresu normy, konieczne jest zmniejszenie dawki zgodnie z zapisami ChPL; nie wolno stosować leku, gdy stężenie bilirubiny przekracza 3-krotną wartość górnego zakresu normy.</p> <p><b>1.2.5. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami olaparybem</b></p> <p>1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;</p> <p>2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA &gt;2 ng/ml</p> <p>lub</p> <p>progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;</p>		
--	--	--

- 3) progresja choroby podczas terapii lekiem hormonalnym nowej generacji (możliwe wcześniejsze zastosowanie docetakselu lub kabazytakselu przed lub po leku hormonalnym nowej generacji, o ile stwierdzono nieskuteczność chemioterapii);
- 4) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie *BRCA1* lub *BRCA2*;
- 5) u chorych z kliresem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej.

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

## 2. Czas leczenia w programie

W przypadku zastosowania apalutamidu albo darolutamidu albo enzalutamidu albo kabazytakselu albo olaparybu leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:
  - a) progresji choroby określonej na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec najniższej wartości osiągniętej w trakcie terapii (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml, chyba że lekarz prowadzący uzna, że leczenie przynosi udokumentowaną korzyść

<p>kliniczną i nieuzasadnione jest (albo niemożliwe) zastosowanie terapii kolejnej linii</p> <p>lub</p> <p>b) progresji choroby ustalonej na podstawie aktualnej klasyfikacji RECIST (dla zmian w tkankach miękkich) lub PCWG (dla zmian w układzie kostnym);</p> <p>2) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności:</p> <p>a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (nmCRPC), darolutamidem, enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu)</p> <p>albo</p> <p>b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mCRPC po podaniu docetakselu) kabazytakselem, olaparybem;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancje pomocnicze;</p> <p>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>6) klinicznie istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p>		
--	--	--

Załącznik B.57.

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>toxinum botulinum</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Dysport kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7 lub 1,2,5,7 lub 1,3,4,7 lub 1,3,5,7.</p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7 lub 1,2,5,6,7.</p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,4,7.</p> <p>1) wiek od 18 roku życia;</p> <p>2) pacjenci po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala;</p> <p>3) pacjenci:</p> <p>a) po przebytych urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Maksymalne dawki na sesję:</p> <p>1) Botox: kończyna górna i dolna 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 400 j.);</p> <p>2) Dysport: kończyna górna i dolna 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.);</p> <p>3) Xeomin: tylko kończyna górna - 500 j.</p> <p>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.</p> <p>Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badania neurologiczne:</p> <p>a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS,</p> <p>b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych),</p> <p>c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;</p> <p>2) u pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR ≤ 2,5).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku.</p> <p>Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się:</p> <p>1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS (poprawa o</p>



<p>lub</p> <p>b) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35);</p> <p>lub</p> <p>c) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80);</p> <p>lub</p> <p>d) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83)</p> <p>4) pacjenci z potwierdzoną spastycznością kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS <math>\geq</math> 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</p> <p>5) pacjenci z potwierdzoną spastycznością kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS <math>\geq</math> 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</p> <p>6) pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej;</p> <p>7) brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Maksymalnie finansuje się 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</p>	<p>mięśnia lub ultrasonografii (USG).</p>	<p>minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku;</p> <p>2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale);</p> <p>3) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych);</p> <p>4) ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością.</p> <p>W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia:</p> <p>a) zmiana wyniku w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS,</p> <p>b) efekt podania leku według lekarza i według pacjenta monitorowany za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale),</p> <p>c) wynik testu oceniającego stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC),</p> <p>z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie</p>
---	---	---

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego <math>o \geq 1</math> punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych;</li><li>2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;</li><li>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;</li><li>6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia;</li><li>8) ciąża lub karmienie piersią.</li></ol>		<p>leczenia;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.58.

## LECZENIE CHORYCH NA RAKA PRZĘŁYKU, POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>LECZENIE RAKA PRZĘŁYKU I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO</b>		
<b>Indeks wykorzystanych skrótów:</b> AEG - ang. <i>adenocarcinoma of the esophagogastric junction</i> , gruczolakorak połączenia żołądkowo-przełykowego EAC - ang. <i>esophageal adenocarcinoma</i> , gruczolakorak przełyku ESCC - ang. <i>esophageal squamous cell carcinoma</i> , płaskonabłonkowy rak przełyku		
<p>W programie finansuje się leczenie uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego lub jedną z dwóch linii leczenia zaawansowanego raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>pembrolizumab</i>;</li> <li>2) <i>niwolumab</i>;</li> <li>3) <i>ipilimumab</i>.</li> </ol> <p>Leczenie <b>uzupełniające raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego</b> obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie adiuwantowe <i>niwolumabem</i> w <b>monoterapii</b> dorosłych pacjentów z rakiem przełyku (płaskonabłonkowym lub gruczolowym) lub połączenia żołądkowo-przełykowego, z</li> </ol>	<p><b>1. Modyfikacja dawkowania</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.</p> <p><b>2. Dawkowanie</b></p> <p><b>2.1. <i>pembrolizumab</i></b></p> <p>Zalecana dawka <i>pembrolizumabu</i>: <b>200 mg co 3 tygodnie</b> lub <b>400 mg co 6 tygodni</b>.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia określonego typu raka przełyku lub połączenia przełykowo-żołądkowego zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;</li> <li>2) stwierdzenie choroby resztkowej <math>\geq</math> ypT1 lub <math>\geq</math> ypN1 po zabiegu chirurgicznym R0 – dotyczy leczenia uzupełniające <i>niwolumabem</i> w monoterapii;</li> <li>3) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 – dotyczy leczenia chorych na gruczolakoraka <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią oraz <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią;</li> <li>4) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score):</li> </ol>

<p>chorobą resztkową, po wcześniejszej chemioradioterapii neoadiuwantowej.</p> <p>U pacjentów kwalifikowanych do leczenia wymagane jest wcześniejsze zastosowanie chemioradioterapii w leczeniu neoadiuwantowym oraz przeprowadzenie resekcji chirurgicznej (R0), wykonanej nie wcześniej niż 16 tygodni przed włączeniem do programu.</p> <p>Leczenie <b>zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku (ESCC)</b> obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <b>chemioterapią</b> zawierającą <i>fluoropirymidynę</i> i <i>pochodną platyny</i> albo z <i>ipilimumabem</i> dorosłych pacjentów z zaawansowanym nieoperacyjnym, nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem przełyku z ekspresją PDL-1 <math>\geq 1\%</math> (I linia leczenia).</li> </ol> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) leczenie <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z <b>chemioterapią</b> zawierającą <i>pochodną platyny</i> i <i>fluoropirymidynę</i> dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym płaskonabłonkowym rakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami z ekspresją PDL-1 wg skali CPS <math>\geq 10</math> (I linia leczenia).</li> </ol> <p>Do leczenia <i>pembrolizumabem</i> kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku nieoperacyjnego lub z</p>	<p>Dawkowanie <b>chemioterapii</b> stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.</p> <p><b>2.2. niwolumab w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> w ESCC: <b>240 mg co 2 tygodnie</b>.</p> <p>Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> w leczeniu uzupełniającym: <b>240 mg co 2 tygodnie</b> lub <b>480 mg co 4 tygodnie przez pierwsze 16 tygodni</b>, a następnie <b>480 mg co 4 tygodnie</b>.</p> <p><b>2.3. niwolumab w skojarzeniu z chemioterapią</b></p> <p>Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> w EAC: <b>360 mg co 3 tygodnie</b> lub <b>240 mg co 2 tygodnie</b>.</p> <p>Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> w ESCC: <b>240 mg co 2 tygodnie</b> lub <b>480 mg co 4 tygodnie</b></p> <p>Dawkowanie <b>chemioterapii</b> opartej na <i>fluoropirymidynie (5FU)</i> i pochodnej <i>platyny</i> w leczeniu skojarzonym z <i>niwolumabem</i> prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia <i>niwolumabem</i>.</p> <p><b>2.4. niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</b></p>	<p>– <math>\geq 5</math> w przypadku leczenia EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią,</p> <p>– <math>\geq 10</math> w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg TPS (tumor proportion score) <math>\geq 1\%</math> - dotyczy leczenia ESCC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>;</li> <li>6) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>7) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>8) oznaczanie stężenia glukozy;</li> <li>9) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</li> <li>10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>12) oznaczenie poziomu sodu, potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li> <li>13) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i>;</li> <li>14) oznaczenie poziomu FT4 i TSH;</li> <li>15) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</li> <li>16) elektrokardiografia (EKG) – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li> <li>17) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów (tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej);</li> <li>18) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p>
--	--	---

<p>przerzutami, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).</p> <p>3) leczenie <b>niwolumabem</b> w monoterapii dorosłych pacjentów z nieoperacyjnym zaawansowanym, nawracającym lub przerzutowym rakiem płaskonabłonkowym przełyku, którzy wcześniej otrzymywali chemioterapię opartą na pochodnych platyny w skojarzeniu z <i>fluoropirymidyną</i> (II linia leczenia).</p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej <i>platyny</i> i <i>fluoropirymidynie</i>:</p> <p>a) progresja nowotworu lub nieakceptowalna toksyczność podczas w/w chemioterapii prowadząca do przerwania leczenia</p> <p>lub</p> <p>b) progresja nowotworu po zakończeniu w/w chemioterapii.</p> <p>Stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie.</p> <p><b>Leczenie zaawansowanego gruczolakoraka przełyku (EAC) lub połączenia żołądkowo-przełykowego (AEG) obejmuje:</b></p> <p>1) leczenie <b>niwolumabem</b> w skojarzeniu z chemioterapią skojarzoną opartą na <i>fluoropirymidynie</i> (<i>5FU</i>) i pochodnej <i>platyny</i> (<i>oksaliplatynie</i> lub <i>kapecytabinie</i> - według schematu <b>CAPOX</b> lub <b>FOLFOX</b>) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem przełyku z ekspresją PD-L1 wg skali CPS <math>\geq</math> 5 (I linia leczenia).</p>	<p>Zalecana dawka <b>niwolumabu</b> w skojarzeniu z <b>ipilimumabem</b>: <b>3 mg/kg mc. co 2 tygodnie</b> lub <b>360 mg co 3 tygodnie</b>.</p> <p>Zalecana dawka <b>ipilimumabu</b>: <b>1 mg/kg mc. co 6 tygodni</b>.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania <i>ipilimumabu</i> możliwe jest odstawienie <i>ipilimumabu</i> i kontynuowanie leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i>;</li><li>9) oznaczenie wolnej T4 i TSH;</li><li>10) EKG – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>.</li></ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjent w przypadku leczenia ESCC lub EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>,</li><li>– nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC),</li><li>– przed każdym podaniem <i>ipilimumabu</i>,</li><li>– u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z <i>niwolumabem</i>, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną,</li><li>– przed każdym podaniem chemioterapii stosowanej w terapii skojarzonej z <i>pembrolizumabem</i> należy wykonać badania wymienione w ppkt 1), 2), 4), 5), 6), 8),</li></ul>
--	--	---

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

- 2) leczenie **pembrolizumabem** w skojarzeniu z **chemioterapią** zawierającą **pochodną platyny i fluoropirymidynę** dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym gruczolakorakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami, lub z HER-2 ujemnym gruczolakorakiem połączenia przełykowo-żołądkowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS  $\geq 10$  (I linia leczenia).

Do leczenia **pembrolizumabem** kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego gruczolakoraka przełyku nieoperacyjnego lub z przerzutami, lub HER-2 ujemnego zaawansowanego lub z przerzutami gruczolakoraka połączenia przełykowo-żołądkowego typu I wg klasyfikacji Siewerta, przy czym za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej zakończonej w okresie powyżej 6 miesięcy (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).

W ramach niniejszego programu lekowego istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii u danego pacjenta z wykorzystaniem *niwolumabu* albo *pembrolizumabu*.

### 1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek 18 lat i powyżej;

- nie rzadziej niż 6 tygodni należy wykonać badanie wymienione w ppkt 9) w przypadku leczenia *pembrolizumabem*.

### 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej lub inne w zależności od sytuacji klinicznej.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników w skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

### 4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie

<p>2) histologicznie potwierdzony:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– rak przełyku (płaskonabłonkowy lub gruczołowy) lub połączenia żołądkowo-przełykowego bez przerzutów odległych z chorobą ocenioną mikroskopowo <math>\geq</math> ypT1 lub <math>\geq</math> ypN1 - dotyczy leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii,</li><li>– rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu lokoregionalnym – dotyczy leczenia <i>ESCC niwolumabem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>,</li><li>– płaskonabłonkowy lub gruczołowy rak przełyku miejscowo zaawansowany nieoperacyjny lub z przerzutami, lub gruczołowy HER-2 ujemny zaawansowany lub z przerzutami rak połączenia przełykowo-żołądkowego typu I wg klasyfikacji Siewerta – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią,</li><li>– gruczolakorak przełyku nieoperacyjny miejscowo zaawansowany lub przerzutowy – dotyczy leczenia <i>EAC niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią;</li></ul> <p>3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– <math>\geq 5</math> w przypadku leczenia <i>EAC niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią,</li><li>– <math>\geq 10</math> w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią;</li></ul> <p>4) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg TPS (tumor proportion score) <math>\geq 1</math> % – dotyczy leczenia <i>ESCC</i></p>		<p>danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

<p><i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>;</p> <p>5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /-/ w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią oraz leczenia EAC lub AEG <i>pembrolizumabem</i>;</p> <p>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</p> <p>7) sprawność w stopniu 0-1 według skali ECOG;</p> <p>8) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>11) nieobecność objawowych przerzutów do OUN;</p> <p>12) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego;</p> <p>13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;</p> <p>14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</p>		
---	--	--



<p>16) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Czas leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie <i>niwolumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p>W przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią (ESCC albo EAC) albo <i>ipilimumabem</i> (ESCC) u pacjentów bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie <i>niwolumabem</i> trwa maksymalnie 24 miesiące.</p> <p>W przypadku leczenia uzupełniającego (adiuwantowego) <i>niwolumabem</i> w monoterapii leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.</p> <p>Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– 12 tygodni w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>,</li><li>– 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii,</li><li>– 6 tygodni w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i>.</li></ul> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p>		
---	--	--

<ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li> <li>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li> <li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li> <li>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li> <li>6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;</li> <li>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</li> <li>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</li> </ol>		
<b>LECZENIE RAKA ŻOŁĄDKA I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZELYKOWEGO</b>		
<p>W programie finansuje się trzy linie leczenia zaawansowanego raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>niwolumab</i>;</li> <li>2) <i>ramucyrumab</i>;</li> <li>3) <i>triflurydyna z typiracylem</i>.</li> </ol>	<p><b>1. Modyfikacja dawkowania</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania ogólne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histologiczne w celu potwierdzenia gruczolakoraka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol>

<p>Leczenie <b>zaawansowanego gruczolakoraka raka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego</b> obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>leczenie <b>niwolumabem</b> w skojarzeniu z <b>chemioterapią</b> skojarzoną opartą na <b>fluoropirymidynie (5FU) i pochodnej platyny (oksalipatynie lub kapecytabinie</b> - według schematu <b>CAPOX</b> lub <b>FOLFOX</b>) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego z ekspresją PD-L1 wg skali CPS <math>\geq 5</math> (I linia leczenia).</li></ol> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie).</p> <ol style="list-style-type: none"><li>leczenie <b>ramucyrumabem</b> w skojarzeniu z <b>paklitakselem</b> w przypadku pacjentów, u których wykazano progresję choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi <b>platyny</b> i <b>fluoropirymidyną</b> (II linia leczenia).</li></ol> <p>Do leczenia <b>ramucyrumabem</b> kwalifikowani są pacjenci z udokumentowaną obiektywną radiologiczną lub kliniczną progresją choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi <b>platyny</b> i <b>fluoropirymidyną</b>.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>leczenie <b>triflurydyną</b> z <b>typiracylem</b> pacjentów z gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego w stadium uogólnionym (obecność przerzutów w narządach odległych), u których udokumentowano nieskuteczność dwóch wcześniejszych standardowych schematów leczenia choroby zaawansowanej, w tym</li></ol>	<p>Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.</p> <h2>2. Dawkowanie</h2> <h3>2.1. niwolumab</h3> <p>Zalecana dawka <b>niwolumabu: 360 mg co 3 tygodnie</b> lub <b>240 mg co 2 tygodnie</b>.</p> <p>Dawkowanie chemioterapii opartej na <b>fluoropirymidynie (5FU)</b> i pochodnej <b>platyny (oksalipatynie lub kapecytabinie</b> - według schematu <b>CAPOX</b> lub <b>FOLFOX</b>) stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną.</p> <p>W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia <b>niwolumabem</b>.</p> <h3>2.2. ramucyrumab</h3> <p>Dawka <b>ramucyrumabu: 8 mg/kg</b>, podawana przed <b>paklitakselem</b> w <b>1. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni</b>.</p> <p>Dawka <b>paklitakselu: 80 mg/m<sup>2</sup></b>, podawana we wlewie dożylnym w <b>1., 8. i 15. dniu cyklu trwającego 28 dni</b>.</p> <p>Przed podaniem <b>ramucyrumabu</b> we wlewie zaleca się premedykację antagonistą receptora histaminowego H1 (na przykład difenhidraminą). W przypadku wystąpienia u pacjenta reakcji nadwrażliwości, postępowanie,</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>7) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</li><li>8) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian i wskazań klinicznych;</li><li>9) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy;</li><li>10) elektrokardiografia (EKG);</li><li>11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <h3>1.2. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia <b>niwolumabem</b>:</h3> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2;</li><li>2) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg skali CPS (combined positive score) <math>\geq 5</math>;</li><li>3) oznaczenie stężenia glukozy;</li><li>4) oznaczenie poziomu sodu, potasu;</li><li>5) oznaczenie poziomu fT4 i TSH.</li></ol> <h3>1.3. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia <b>ramucyrumabem</b>:</h3> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie czasu protrombinowego lub INR;</li><li>2) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);</li><li>3) badanie ogólne moczu (jeśli w wyniku badania stwierdza się obecność białka na co najmniej 2+ należy zlecić 24-godzinną zbiórkę moczu);</li></ol>
--	--	---

<p>obejmujących <i>fluoropirymidynę, platynę i taksany</i> lub <i>irynotekan</i> (III linia leczenia).</p> <p>Ponadto, w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia <i>triflurydyną z typiracylem</i>, z potwierdzoną nadekspresją receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego wymagana jest wcześniejsza terapia anty-HER2.</p> <p>W programie istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii z wykorzystaniem <i>niwolumabu</i>.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka lub połączenia przelykowo-żołądkowego;</li><li>3) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg skali CPS (combined positive score) <math>\geq 5</math> – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik /- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)) – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>5) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca - dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</li><li>7) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;</li><li>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</li></ol>	<p>w tym modyfikacja premedykacji, powinno być zgodne z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Premedykacja przed podaniem <i>paklitakselu</i> powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną.</p> <p><b>2.3. triflurydyna z typiracylem</b></p> <p>Dawka <i>triflurydyny z typiracylem</i>: <b>35 mg/m<sup>2</sup> pc./dawkę</b> dwa razy na dobę <b>od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu.</b></p> <p>Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z aktualną ChPL.</p>	<p>4) pomiar ciśnienia tętniczego.</p> <p><b>1.4. Badania wykonywane dodatkowo w przypadku leczenia <i>triflurydyną z typiracylem</i>:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie ogólne moczu.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>6) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>7) oznaczenie poziomu sodu i potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>8) oznaczenie poziomu fT4 i TSH – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>;</li><li>9) badanie parametrów układu krzepnięcia w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia <i>ramucyrumabem</i>;</li><li>10) EKG w razie wskazań klinicznych;</li><li>11) badanie ogólne moczu – dotyczy leczenia <i>triflurydyną z typiracylem</i></li></ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i>,</li><li>– przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia <i>ramucyrumabem</i>,</li></ul>
---	---	---

- 9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);
- 10) nieobecność objawowych przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *niwolumabem* lub *triflurydyną z typiracylem*;
- 11) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia *ramucyrumabem*;
- 12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;
- 13) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego – dotyczy leczenia *niwolumabem*;
- 14) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;
- 15) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 16) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Czas leczenia

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

- przed każdym cyklem podania *triflurydyny* w skojarzeniu z *typiracylem*,
- u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z *niwolumabem* badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną,
- dodatkowo przed podaniem każdej dawki *paklitakselu* badania w ppkt. 1), 3), 4) i 5),
- dodatkowo każdorazowo należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego w przypadku leczenia *ramucyrumabem*.

## 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy, tomografia komputerowa lub RTG klatki piersiowej lub inne badania w razie wskazań klinicznych.

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

Badania wykonuje się:

- nie rzadziej niż co 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem*,
- nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu jeśli leczenie było czasowo przerwane) w przypadku leczenia *ramucyrumabem*,
- nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu

W przypadku leczenia *niwolumabem*, u chorych bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie *niwolumabem* trwa maksymalnie 24 miesiące.

Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić:

- 12 tygodni w przypadku leczenia *niwolumabem*;
- 8 tygodni w przypadku leczenia *ramucyrumabem* lub *triflurydyną z typiracylem*.

### 3. Kryteria wyłączenia

- 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST (w przypadku *niwolumabu*, w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni);
- 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie stanu sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych

leczenia) w przypadku leczenia *triflurydyną z typiracylem*.

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

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników w skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

**Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

### 4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

<p>oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p> <p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej;</li><li>3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</li><li>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.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;</li><li>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.</li></ol>
---	--	---

## Załącznik B.59

**LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie systemowe substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>niwolumab</i>;</li> <li>2) <i>pembrolizumab</i>;</li> <li>3) <i>niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem</i>;</li> <li>4) <i>wemurafenib w skojarzeniu z kobimetynibem</i>;</li> <li>5) <i>enkorafenib w skojarzeniu z binimetynibem</i>;</li> <li>6) <i>dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem</i>;</li> <li>7) <i>niwolumab w skojarzeniu z relatlimabem</i>.</li> </ol> <p>W leczeniu uzupełniającym finansuje się substancje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>niwolumab</i>;</li> <li>2) <i>pembrolizumab</i>;</li> <li>3) <i>dabrafenib w skojarzeniu z trametynibem</i>.</li> </ol> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Szczegóły sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p><b>1.1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabu w skojarzeniu z relatlimabem</b></p> <p>Terapie te nie mogą być stosowane łącznie z:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) innym przeciwciałem monoklonalnym (nie dotyczy skojarzenia niwolumabu z ipilimumabem i skojarzenia niwolumabu z relatlimabem);</li> <li>2) inhibitorem kinazy BRAF;</li> <li>3) inhibitorem kinazy MEK.</li> </ol> <p><b>1.1.1. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 240 mg co 2 tygodnie lub</li> <li>2) 480 mg co 4 tygodnie.</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histologiczne potwierdzające obecność czerniaka;</li> <li>2) ocena obecności mutacji BRAF V600 – dla terapii skojarzonej dabrafenibem z trametynibem lub wemurafenibem z kobimetynibem lub enkorafenibem z binimetynibem;</li> <li>3) ocena ekspresji PDL1 w komórkach nowotworu – dla terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem;</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;</li> <li>8) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi;</li> <li>9) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem;</li> <li>10) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>11) oznaczenie stężenia mocznika we krwi;</li> </ol>



<p>1) wiek 18 lat i powyżej (dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem wiek 12 lat i powyżej);</p> <p>2) histopatologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych:</p> <p>a) w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV – dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem lub wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem,</p> <p>b) po całkowitym wycięciu w stopniu zaawansowania III (dla terapii uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem) lub z przerzutami odległymi (tylko dla terapii uzupełniającej niwolumabem);</p> <p>3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;</p> <p>4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST – nie dotyczy leczenia uzupełniającego;</p> <p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL;</p> <p>7) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze</p>	<p><b>1.1.2.</b> Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem:</p> <p>Niwolumab w dawce 1 mg/kg m.c. oraz ipilimumab w dawce 3 mg/kg m.c., co 3 tygodnie dla czterech pierwszych dawek.</p> <p><b>1.1.3.</b> Zalecane dawki dla terapii pembrolizumabem:</p> <p>1) 200 mg co 3 tygodnie lub</p> <p>2) 400 mg co 6 tygodni.</p> <p><b>1.1.4.</b> Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem:</p> <p>Niwolumab w dawce 480 mg i relatlimab w dawce 160 mg co 4 tygodnie.</p> <p>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:</p> <p>1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach;</p> <p>2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku;</p> <p>3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii.</p> <p>W przypadku wystąpienia progresji istnieje możliwość powrotu do tego leczenia, o ile pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu oraz nie zachodzą inne</p>	<p>12) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi;</p> <p>13) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu);</p> <p>14) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem;</p> <p>15) ogólne badanie moczu;</p> <p>16) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną całej skóry;</p> <p>17) pomiar masy ciała;</p> <p>18) ocena sprawności w skali ECOG;</p> <p>19) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>20) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>21) badania obrazowe w celu oceny zmian nowotworowych;</p> <p>22) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, scyntygrafia w celu udokumentowania zmian przerzutowych;</p> <p>23) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Dodatkowo dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem:</p> <p>1) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);</p>
--	--	--

<p>wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</p> <p>8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem</b></p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu);</p> <p>2) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego czerniaka skóry – za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;</p> <p>3) potwierdzenie ekspresji PDL1 &lt; 1% w komórkach nowotworu (dotyczy terapii niwolumabem z relatlimabem).</p> <p><b>1.2.2. skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub terapii skojarzonej dabrafenibem z trametynibem lub terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem</b></p> <p>1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;</p> <p>2) wielkość odstępów QTc w badaniu EKG <math>\leq 500</math> ms;</p> <p>3) wykluczone jednoczesne stosowanie chemioterapii.</p>	<p>przeciwwskazania do leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem.</p> <p><b>1.2. Dawkowanie wemurafenibu w skojarzeniu z kobimetynibem lub dabrafenibu z trametynibem</b></p> <p>W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z powyższych leków w terapii skojarzonej z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu.</p> <p>Pacjenci włączeni do programu przez 1 marca 2017 r. mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem lub dabrafenibem aż do zakończenia leczenia.</p> <p><b>1.2.1. Zalecane dawki dla terapii dabrafenibem z trametynibem:</b></p> <p>Dabrafenib w dawce 150 mg dwa razy na dobę oraz trametynib w dawce 2 mg raz na dobę.</p> <p><b>1.2.2. Zalecane dawki dla monoterapii dabrafenibem:</b></p> <p>150 mg dwa razy na dobę.</p> <p><b>1.2.3. Zalecane dawki dla terapii wemurafenibem w skojarzeniu z kobimetynibem:</b></p> <p>Wemurafenib w dawce 960 mg dwa razy na dobę oraz kobimetynib w dawce 60 mg raz na dobę.</p> <p>Terapię kobimetynibem prowadzi się w cyklach 28-dniowych: po 21 dniach podawania leku następuje 7-dniowa przerwa.</p>	<p>2) badanie okulistyczne ostrości i pola widzenia oraz dna oka.</p> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 28 dni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST (nie dotyczy leczenia uzupełniającego).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną przedmiotową całej skóry;</p> <p>2) pomiar masy ciała;</p> <p>3) ocena sprawności w skali ECOG;</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</p> <p>6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;</p> <p>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;</p> <p>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;</p> <p>9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi;</p> <p>10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem;</p> <p>11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p>
---	---	---

<p><b>1.2.3. uzupełniającej dabrafenibem w skojarzeniu z trametynibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;</li><li>2) całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni.</li></ol> <p><b>1.2.4. uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) całkowita resekcja czerniaka – czas od resekcji maksymalnie 16 tygodni;</li><li>2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych (dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem) lub przerzutów odległych (dla terapii niwolumabem);</li><li>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry – za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;</li><li>4) leczenie można rozpocząć w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia.</li></ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali</p>	<p><b>1.3. Dawkowanie enkorafenibu w skojarzeniu z binimetynibem:</b></p> <p><b>1.3.1. Zalecane dawki dla terapii enkorafenibem w skojarzeniu z binimetynibem:</b></p> <p>Enkorafenib w dawce 450 mg raz na dobę oraz binimetynib w dawce 45 mg dwa razy na dobę.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi;</li><li>13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi;</li><li>14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu);</li><li>15) oznaczenie stężenia TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem;</li><li>16) ogólne badanie moczu;</li><li>17) pomiar temperatury ciała i wywiad w kierunku występowania gorączek;</li><li>18) elektrokardiogram (EKG);</li><li>19) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem;</li><li>20) badanie okulistyczne, w tym dna oka, w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem.</li></ol> <p>Badania laboratoryjne wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem: co 6 – 12 tygodni;</li><li>2) dla pozostałych terapii nie rzadziej niż co 8 – 10 tygodni.</li></ol> <p>Zaleca się, aby wszystkie próbki były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku.</p>
--	---	---

<p>kryteria kwalifikacji do programu lekowego, przy czym dla leczenia uzupełniającego łączny czas terapii od rozpoczęcia nie jest dłuższy niż wskazano w punkcie 2.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem trwa ona maksymalnie 12 miesięcy.</li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST– nie dotyczy leczenia uzupełniającego;</li><li>2) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia;</li><li>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</li></ol>		<p>Elektrokardiogram wykonuje się po miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania.</p> <p>W przypadku wskazań klinicznych badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściowo.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: badanie TK lub MRI odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem: co 14 – 18 tygodni;</li><li>2) u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN: co 8 – 14 tygodni;</li><li>3) dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem: po 12 tygodniach, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;</li><li>4) dla terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji.</li></ol>
---	--	---

<p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnym opiekunów.</p>		<p>W przypadku chorych leczonych w programie przynajmniej 24 miesiące i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, badania wykonuje się co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji.</p> <p>Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności stosowanych w ramach niniejszego programu terapii określa się indywidualnie dla każdego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie;</li><li>- stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD);</li><li>- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</li></ul> <p><b>2.3. Kontrola podczas obserwacji chorych, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszono</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych;</li><li>2) dermatoskopia nowych zmian skórnych;</li><li>3) zachęcanie pacjenta do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego;</li><li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi;</li><li>5) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej lub asparaginianowej we krwi;</li></ol>
---	--	---

		<p>6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>7) oznaczenie stężenia glukozy we krwi;</p> <p>8) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi;</p> <p>9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym sodu, potasu, wapnia, magnezu) we krwi;</p> <p>10) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi;</p> <p>11) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych;</p> <p>12) scyntygrafia kości w razie wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy).</p> <p>Kontrolę pacjenta przeprowadza się:</p> <p>1) w okresie do 3 lat od zawieszenia: co 3 – 4 miesiące;</p> <p>2) w okresie kolejnych 3 lat: co 6 – 8 miesięcy;</p> <p>3) w okresie po 6 latach od zawieszenia: raz w roku, do końca życia, ale tylko badania wymienione w punktach od 1 do 10.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnymi za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW</p>
--	--	---

		<p>NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
--	--	---

Załącznik B.61.

**LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ (ICD-10: E72.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. do leczenia systemowego cystynozy nefropatycznej cysteaminą w postaci doustnej</b></p> <p>1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej &gt; 1 nmol/mg białka komórkowego;</p> <p>2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. do leczenia miejscowego cystynozy nefropatycznej z towarzyszącym odkładaniem się kryształków cystyny w rogówce oka cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu</b></p> <p>1) aktualnie lub w wywiadzie stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej &gt; 1 nmol/mg białka komórkowego;</p>	<p><b>1. Dawkowanie cysteaminą w postaci doustnej</b></p> <p>Zalecana dawka dobową cysteaminą u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała /dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobową leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała/dobę.</p> <p><b>2. Dawkowanie cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu</b></p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPART, ALAT) w surowicy krwi na czczo;</p> <p>4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR&lt;60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki);</p> <p>5) gazometria krwi żyłnej;</p> <p>6) badanie ogólne moczu;</p> <p>7) stężenie TSH, fT4;</p> <p>8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;</p> <p>9) USG jamy brzusznej;</p> <p>10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR;</p> <p>11) konsultacja neurologiczna;</p> <p>12) konsultacja endokrynologiczna;</p>



<p>2) aktualnie lub w wywiadzie cechy nefropatii (zespół Fanconiego lub białkomocz);</p> <p>3) zidentyfikowanie kryształków cystyny w badaniu przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym;</p> <p>4) wiek <math>\geq 2</math> lat.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Leczenie miejscowe cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu może być stosowane jednocześnie z leczeniem systemowym cysteaminą w postaci doustnej.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze;</p> <p>2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie;</p> <p>3) nadwrażliwość na penicylaminę;</p>	<p>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).</p>	<p>13) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów &gt; 10 r.ż.;</p> <p>14) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym);</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Raz na 90 dni:</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, fosforu w surowicy krwi na czczo;</p> <p>3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR &lt; 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki);</p> <p>4) gazometria krwi żyłnej;</p> <p>5) badanie ogólne moczu;</p> <p>6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;</p> <p>7) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR.</p> <p><b>2.2. Raz na 180 dni:</b></p> <p>1) stężenie TSH, fT4;</p> <p>2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym);</p> <p>3) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej.</p> <p><b>2.3. Raz na 365 dni:</b></p> <p>1) USG jamy brzusznej;</p> <p>2) konsultacja neurologiczna;</p>
---	---	---

<p>4) karmienie piersią; 5) ciąża; 6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych; 7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia.</p>		<p>3) konsultacja endokrynologiczna; 4) konsultacja psychologiczna; 5) konsultacja gastrologiczna; 6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów &gt; 10 r.ż.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>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.</p>
---	--	--

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
<p><b>1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej;</li> <li>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;</li> <li>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6);</li> <li>4) wiek <math>\geq</math> 18 lat.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)</b></p> <p>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.</p>	<p><b>1. Substancja czynna:</b> immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20)</p> <p><b>2. Sposób podania:</b> dożylnie (IVIg) lub podskórnie (SCIg, fSCIg)</p> <p><b>3. Dawkowanie</b></p> <p>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.</p> <p><b>IVIg</b> (podanie dożylnie) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni.</p> <p><b>SCIg</b> (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) poziom glukozy w surowicy krwi;</li> <li>4) oznaczenie w żyłnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP);</li> <li>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR;</li> <li>7) poziom białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;</li> </ol>

<p>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.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>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;</li> <li>3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.</li> </ol> <p><b>4. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej</li> </ol> <p>lub</p>	<p>podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.</p> <p><b>SCIg+rHuPH20</b> (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.</p> <p>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).</p> <p>Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG,</li> <li>2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego,</li> <li>3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);</li> <li>11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;</li> <li>12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.</li> </ol> <p>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.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2) liczebność subpopulacji limfocytów w żyłnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;</li> <li>4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;</li> <li>5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;</li> <li>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;</li> <li>7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;</li> <li>8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;</li> <li>9) masa ciała na każdej wizycie;</li> </ol>
---	--	---

<p>2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej</p> <p>lub</p> <p>3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.</p>	<p>podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia,</p> <p>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,</p> <p>5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p>10) ciśnienie krwi na każdej wizycie;</p> <p>11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych);</p> <p>12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	---	---

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
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej <math>-2</math> SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych;</li> <li>2) wiek <math>&gt; 4</math> lat;</li> <li>3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;</li> <li>4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej <math>-1</math> SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji);</li> <li>5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> <li>6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości;</li> <li>7) stężenie hormonu wzrostu <math>\geq 10</math> 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);</li> <li>8) brak przeciwwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>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.).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP3;</li> <li>3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;</li> <li>4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA<sub>1c</sub>);</li> <li>5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;</li> <li>6) pomiar stężeń triglicerydów;</li> <li>7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;</li> <li>8) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li> <li>9) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li> <li>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>11) badanie dna oka;</li> <li>12) pomiar stężenia TSH;</li> <li>13) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>14) pomiar stężenia fT<sub>3</sub>;</li> <li>15) RTG śródreźcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego,</li> <li>16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);</li> <li>17) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia</li> </ol>

**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;

<p>stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.</p>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA<sub>1c</sub>;</li><li>3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni);</li><li>4) pomiar stężenia TSH;</li><li>5) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li><li>6) pomiar stężenia fT<sub>3</sub>;</li><li>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);</li><li>8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;</li><li>9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li><li>10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.</li></ol> <p><b>2.3 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;</li><li>2) pomiar stężenia IGFBP3;</li><li>3) pomiar stężenia triglicerydów;</li><li>4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu;</li><li>5) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li><li>6) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li><li>7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) badanie dna oka,</li><li>b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera;</li></ol></li><li>8) RTG śródreżca, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego;</li><li>9) morfologia krwi z rozmazem;</li></ol>
--	--	--



		<p>10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;</p> <p>11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;</p> <p>12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) USG lub RTG stawów biodrowych,</li><li>b) TK lub MRI stawów biodrowych,</li><li>c) konsultacja ortopedyczna;</li></ul> <p>13) w zależności od potrzeb:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) USG jamy brzusznej,</li><li>b) USG klatki piersiowej,</li><li>c) konsultacja ortopedyczna,</li><li>d) konsultacja okulistyczna,</li><li>e) konsultacja neurologiczna,</li><li>f) konsultacja hemato-onkologa,</li><li>g) konsultacja genetyczna,</li><li>h) konsultacja psychologiczna,</li><li>i) TK,</li><li>j) MRI,</li><li>k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.</li></ul> <p><b>2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:</b></p> <p>1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja okulistyczna,</li><li>b) konsultacja neurologiczna,</li><li>c) jonogram surowicy krwi,</li><li>d) obrazowanie ośrodkowego układu</li></ul>
--	--	--

		<p>nerwowego TK z kontrastem lub MRI;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1:<ol style="list-style-type: none"><li>a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni;</li></ol></li><li>3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:<ol style="list-style-type: none"><li>a) USG lub RTG stawów biodrowych,</li><li>b) TK lub MRI stawów biodrowych,</li><li>c) konsultacja ortopedyczna.</li></ol></li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

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
<b>I. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10: C91.0)</b>		
<p>W ramach części I programu lekowego chorym na ostrą białaczkę limfoblastyczną udostępnia się poniższe terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji wcześniej stosowanych inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>ponatynibem</i> (dorośli pacjenci z obecnością genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia),</li> </ol> </li> <li>2) od II lub kolejnej linii leczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>blinatumomabem</i> (dzieci i dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia),</li> <li>b) <i>inotuzumabem ozogamcyny</i> (dorośli pacjenci bez względu na obecność chromosomu Filadelfia)</li> </ol> </li> <li>3) w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową (MRD): <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>blinatumomabem</i> (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia),</li> </ol> </li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2 albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. ponatynib</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>ponatynibu</i> wynosi 45 mg podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>U pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL lub z opomością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym można stosować dawkę 30 mg lub 15 mg podawaną doustnie raz na dobę.</p> <p><b>1.2. blinatumomab</b></p> <p><b>1.2.1. od II lub kolejnej linii leczenia</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a pomiędzy cyklami występuje 14-dniowy okres bez leczenia.</p> <p>Zalecana dobową dawkę <i>blinatumomabu</i> jest ustalana według masy ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Pacjentom o masie ciała 45 kg lub większej podaje się stałą dawkę, a pacjenci ważący mniej</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do: terapii ponatynibem, terapii blinatumomabem od II lub kolejnej linii leczenia, lub terapii inotuzumabem ozogamcyny od II lub kolejnej linii leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) badanie cytologiczne szpiku;</li> <li>3) dodatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</li> <li>d) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi,</li> <li>e) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi,</li> <li>f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi,</li> <li>g) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi,</li> <li>h) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi;</li> <li>i) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność genu <i>BCR-ABL</i>* we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej;</li><li>2) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>3) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li><li>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>5) zgoda pacjenta (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li><li>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</li><li>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li></ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. ponatyni b</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li><li>3) udokumentowana obecność genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia (Ph+);</li><li>4) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:<ol style="list-style-type: none"><li>a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub całkowitej remisji cytogenetycznej</li></ol></li></ol>	<p>niż 45 kg otrzymują dawkę obliczoną w oparciu o pole powierzchni ciała (pc.).</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Pacjenci o masie ciała &lt;45 kg:<p><u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest:</p><ul style="list-style-type: none"><li>- w dniach 1-7 w dawce 5 µg/m<sup>2</sup> p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 9 µg);</li><li>- w dniach 8-28 w dawce 15 µg/m<sup>2</sup> p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 28 µg).</li></ul><p>W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).</p><p><u>Cykl 2:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 15 µg/m<sup>2</sup> p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 28 µg).</p></li><li>2) Pacjenci o masie ciała ≥45 kg:<p><u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest:</p><ul style="list-style-type: none"><li>- w dniach 1-7 w dawce 9 µg/dobę w ciągłej infuzji;</li><li>- w dniach 8-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.</li></ul><p>W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).</p><p><u>Cykl 2:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.</p></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>4) dodatkowo w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> u dorosłych i dzieci:<ol style="list-style-type: none"><li>a) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi,</li><li>b) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi,</li><li>c) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;</li><li>d) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu:<ul style="list-style-type: none"><li>- badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego,</li></ul>lub<ul style="list-style-type: none"><li>- badania obrazowe OUN,</li></ul></li><li>e) dodatkowo w przypadku kwalifikacji dziecka - badanie próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10<sup>-4</sup> w celu oceny mierzalnej choroby resztkowej;</li></ol></li><li>5) dodatkowo w przypadku terapii <i>inotuzumabem ozogamicyną</i>:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li><li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li></ol></li></ol>
---	--	---

<p>po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzone utrzymywanie się dodatniej mierzalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania <i>dazatynibu</i>,</p> <p>lub</p> <p>b) wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania <i>dazatynibu</i>,</p> <p>lub</p> <p>c) nietolerancja leczenia <i>dazatynibem</i>, uniemożliwiająca jego dalsze stosowanie, stwierdzona na dowolnym etapie leczenia,</p> <p>lub</p> <p>d) udokumentowana obecność mutacji T315I genu <i>BCR-ABL</i>, której wystąpienie stwierdzono na dowolnym etapie leczenia.</p> <p><b>1.2.2. blinatumomab (II lub kolejna linia leczenia) – dzieci do ukończenia 1. roku życia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek do ukończenia 1. roku życia;</li> <li>2) wrodzona ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;</li> <li>3) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych;</li> <li>4) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia;</li> <li>5) wznowa lub brak molekularnej remisji choroby;</li> <li>6) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;</li> <li>7) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy dzieci, u których wystąpiła</li> </ol>	<p>W przypadku dzieci do ukończenia 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego w leczeniu dzieci od ukończonego 1. roku życia.</p> <p><b>1.2.2. w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową</b></p> <p>Cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a po nim występuje 14-dniowy okres bez leczenia.</p> <p><u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.</p> <p>W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia).</p> <p>Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przzerwano 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 przzerwaniem i po przzerwaniu 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.</p> <p><b>1.3. inotuzumab ozogamicyny</b></p> <p><i>Inotuzumab ozogamicyny</i> podawany jest dożylnie w infuzji trwającej 1 godzinę.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pacjenci, u których planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</li> <li>d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>e) oznaczenie APTT,</li> <li>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li> <li>g) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li> <li>h) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD22 w szpiku lub krwi,</li> <li>i) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD22, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi,</li> <li>j) badania obrazowe w celu potwierdzenia pozaszpikowych ognisk choroby, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi,</li> </ol> <p><b>1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii blinatumomabem w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10<sup>-4</sup>;</li> <li>2) badania w celu wykluczenia zajęcia ośrodkowego układu nerwowego w momencie kwalifikacji do programu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie ogólne i mikroskopowe, a w razie potrzeby badanie immunofenotypowe płynu mózgowo-rdzeniowego,</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) badania obrazowe OUN.</li> </ol>
---	--	---

<p>wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.</p> <p><b>1.2.3. blinatumomab (II lub kolejna linia leczenia) – dzieci od ukończonego 1. roku życia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek od ukończonego 1. roku życia do ukończenia 18. roku życia;</li> <li>2) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;</li> <li>3) brak obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia;</li> <li>4) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych;</li> <li>5) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia;</li> <li>6) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia, definiowany jako:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math></li> <li>lub</li> <li>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,</li> </ul> </li> <li>lub</li> <li>b) wznowa hematologiczna lub brak molekularnej remisji choroby (<math>MRD &gt; 10^{-4}</math>) po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia,</li> <li>lub</li> <li>c) wznowa hematologiczna po wcześniejszym przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych,</li> <li>lub</li> <li>d) wznowa u dzieci, u których nie jest planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</li> </ol> </li> </ol>	<p>Leczenie trwa do maksymalnie 3 cykli.</p> <p><u>Cykl 1:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w 3 dawkach podzielonych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li> <li>– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., oraz</li> <li>– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li> </ul> <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m<sup>2</sup> pc./cykl.</p> <p>Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności.</p> <p><u>Cykle 2 i 3:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li> <li>– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., oraz</li> <li>– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li> </ul> <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m<sup>2</sup> pc./cykl.</p> <p>U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li> <li>– w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., oraz</li> <li>– w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li> </ul> <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m<sup>2</sup> pc./cykl.</p>	<p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1. ponatyni bem</b></p> <p>Badania wykonywane co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc, a następnie do 4 tygodnie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia);</li> <li>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> <li>5) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi;</li> <li>6) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi;</li> <li>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi;</li> <li>8) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi;</li> <li>9) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi;</li> </ol> <p>Badania wskazane w pkt 6-9 wykonuje się tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem.</p> <p><b>2.2. blinatumomabem w terapii od II lub kolejnej linii leczenia</b></p> <p>Badanie wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia).</li> </ol> <p>Leczenie prowadzone jest (zarówno w przypadku dzieci jak i dorosłych) w warunkach szpitalnych lub domowych.</p> <p><b>2.3. inotuzumabem ozogamycyny</b></p>
---	---	---

<p>lub</p> <p>e) wcześniejsze zakwalifikowanie do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7 dni, ale nie dłuższa niż 14 dni).</p> <p>W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;</p> <p>7) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy dzieci, u których nastąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.</p> <p><b>1.2.4. blinatumomab (II lub kolejna linia leczenia) – dorośli</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>wiek 18 lat i powyżej;</li><li>stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li><li>ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;</li><li>brak obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia;</li><li>ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych;</li><li>stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia;</li><li>wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków:<ol style="list-style-type: none"><li>brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję definiowany jako:</li></ol></li></ol>	<p>Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.</p> <p>2) Pacjenci, u których nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</p> <p>Leczenie trwa do maksymalnie 6 cykli, jednakże w przypadku pacjentów, którzy nie osiągnęli CR lub CRi po 3 cyklach terapii, należy przerwać leczenie po 3 cyklach.</p> <p><u>Cykl 1:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w 3 dawkach podzielonych:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li><li>w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., oraz</li><li>w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li></ul> <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m<sup>2</sup> pc./cykl.</p> <p>Cykl 1. powinien trwać 3 tygodnie, ale można go przedłużyć do 4 tygodni, jeśli u pacjenta wystąpi CR lub CRi lub w celu umożliwienia ustąpienia objawów toksyczności.</p> <p><u>Cykle 2 i 3:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li><li>w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., oraz</li><li>w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc.,</li></ul> <p>co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m<sup>2</sup> pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali</p>	<p>Badania wykonywane w czasie pierwszego cyklu co najmniej 1 raz w tygodniu, przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu, a następnie co najmniej 1 raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia);</li><li>oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li><li>oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li><li>oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.</li></ol> <p><b>2.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową</b></p> <p>Badanie wykonane po cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>morfologia krwi z rozmazem (wykonana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia).</li></ol> <p>Leczenie prowadzone jest w warunkach szpitalnych lub domowych.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p><b>3.1. ponatynibem</b></p> <p>Badania wykonywane co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące, a następnie co 8-12 tygodni:</p>
--	--	---

<p>– odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math> lub</p> <p>– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub</p> <p>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub</p> <p>b) wznowa hematologiczna definiowana jako:</p> <p>– odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math> lub</p> <p>– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub</p> <p>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji, tj. stanu, w którym żaden w powyższych warunków nie był spełniony, lub</p> <p>c) wcześniejsze zakwalifikowanie do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7 dni, ale nie dłuższa niż 14 dni).</p> <p>W przypadku takiego pacjenta badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;</p> <p>8) brak cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN);</p> <p>9) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku</p>	<p>CR lub CRi <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu:</p> <p>– w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m<sup>2</sup> pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m<sup>2</sup> pc./cykl.</p> <p>Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.</p> <p><u>Cykle 4-6:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu:</p> <p>– w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m<sup>2</sup> pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m<sup>2</sup> pc./cykl.</p> <p>Cykle 4-6 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz zmniejszania dawki leku zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>1) badanie cytogenetyczne lub badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność genu <i>BCR-ABL*</i> we krwi lub szpiku; 2) badanie cytologiczne szpiku.</p> <p><b>3.2. blinatumomabem w terapii od II lub kolejnej linii leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane po pierwszym i drugim cyklu leczenia:</p> <p>1) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku lub krwi; 2) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu oceny obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji); 3) badania obrazowe pozaszpikowych ognisk choroby (jeżeli były stwierdzone w badaniu przy kwalifikacji).</p> <p><b>3.3. inotuzumabem ozogamycyny</b></p> <p>Badania wykonywane po każdym cyklu leczenia:</p> <p>1) badanie cytologiczne szpiku; 2) badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia <i>inotuzumabem ozogamycyny</i> stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych.</p> <p><b>3.4. blinatumomabem u pacjentów w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową</b></p> <p>Badanie wykonane po cyklu leczenia:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p>
--	---	--



<p>identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy chorych, u których wystąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.</p> <p><b>1.2.5. inotuzumab ozogamycyny (II lub kolejna linia leczenia)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li><li>3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;</li><li>4) ekspresja antygenu CD22 &gt; 1% na komórkach białaczkowych;</li><li>5) w przypadku pacjenta:<ol style="list-style-type: none"><li>a) z chromosomem Filadelfia:<ul style="list-style-type: none"><li>– brak całkowitej remisji po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji</li></ul></li><li>lub</li><li>– wznowa hematologiczna po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji,</li></ol></li><li>b) bez chromosomu Filadelfia:<ul style="list-style-type: none"><li>– brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję</li></ul></li><li>lub</li><li>– wznowa hematologiczna choroby.</li></ol> <p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową:</b></p> <p><b>1.3.1. blinatumomab - dorośli</b></p>	<p>Zalecenia dotyczące premedykacji i dodatkowych leków zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>2) ocena mierzalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej <math>10^4</math>.</p>
---	---	--

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li><li>3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B;</li><li>4) brak obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia;</li><li>5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych przy rozpoznaniu;</li><li>6) stosowanie uprzednio co najmniej trzech schematów standardowego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG);</li><li>7) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność &lt;5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych <math>\geq 1000/\mu\text{l}</math>, płytki krwi <math>\geq 50\ 000/\mu\text{l}</math> i stężenie hemoglobiny <math>\geq 9\ \text{g/dl}</math>);</li><li>8) obecność mierzalnej choroby reszkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD <math>\geq 10^{-3}</math>, tj. MRD <math>\geq 0,1\%</math> w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej <math>10^{-4}</math>);</li><li>9) brak uprzedniego przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</li><li>10) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu;</li><li>11) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy).</li></ol> |  |  |
|--|--|--|

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- 1) *ponatynibem* – należy dążyć do wykonania możliwie szybko przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego, a leczenie *ponatynibem* należy zakończyć przed przeszczepieniem. W przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby.
- 2) *blinatumomabem* od II lub kolejnej linii leczenia – można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W momencie kwalifikacji do leczenia *blinatumomabem*, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego), w celu wykonania przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych po jednym lub dwóch cyklach leczenia *blinatumomabem* u chorego, który uzyskał:

<p>a) całkowitą remisję definiowaną jako spełnienie wszystkich następujących warunków:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– odsetek komórek blastycznych w szpiku &lt;5%,</li><li>– brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li><li>– brak pozaszpikowych ognisk choroby,</li></ul> <p>lub</p> <p>b) całkowitą remisję z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) – w przypadku kwalifikacji chorego do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</p> <p>3) <i>inotuzumabem ozogamycyny</i> – u chorego, u którego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia,</li><li>b) nie jest planowane przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych – można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia;</li></ul> <p>4) <i>blinatumomabem</i> u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – można zastosować maksymalnie jeden cykl leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia;</li><li>2) brak remisji:<ul style="list-style-type: none"><li>a) w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>: brak całkowitej remisji hematologicznej po 3 miesiącach stosowania <i>ponatynibu</i> u</li></ul></li></ul>		
--	--	--

<p>chorego, u którego stwierdzono oporność na wcześniejsze leczenie <i>dazatynibem</i> lub nawrót hematologiczny,</p> <p>b) w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> stosowanym od II lub kolejnej linii leczenia u dzieci: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia <i>blinatumomabem</i>, definiowany jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math></li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,</li></ul> <p>c) w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> stosowanym od II lub kolejnej linii leczenia u dorosłych: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia definiowany jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math></li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– obecność pozaszpikowych ognisk choroby,</li></ul> <p>lub brak całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi);</p> <p>d) w przypadku terapii <i>inotuzumabem ozogamycyny</i>: brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) po 3 cyklach leczenia;</p> <p>3) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p>		
--	--	--

<p>5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym:</p> <p>a) w przypadku stosowania <i>blinatumomabu</i> od II lub kolejnej linii leczenia – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni,</p> <p>b) w przypadku stosowania <i>blinatumomabu</i> u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
<b>II. LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ Z KOMÓREK B (ICD-10: C91.0) – Terapia CAR-T</b>		
<p>W ramach części II. programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową ostrą białaczkę limfoblastyczną udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem <i>tisagenlecleucelu</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę</p>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p>Schemat dawkowania <i>tisagenlecleucelu</i> zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla <i>tisagenlecleucelu</i>.</p> <p>Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla <i>tisagenlecleucelu</i>. Przed podaniem <i>tisagenlecleucelu</i> zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami</p>	<p><b>1. Badania</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>3) ocena funkcji wątroby, tj.:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p>

<p>limfoblastyczną powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B;</li> <li>2) wiek od 0 do 25 lat (włącznie);</li> <li>3) stan sprawności <math>\geq 50</math> według skali Karnofsky'ego (wiek <math>\geq 16</math> lat) lub Lansky'ego (wiek <math>&lt; 16</math> lat);</li> <li>4) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu;</li> <li>5) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) drugi lub kolejny nawrót;</li> </ol> <p>lub</p> <li>b) nawrót po przeszczepieniu allogenicznym krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem <i>tisagenlecleucelu</i>, <p>lub</p> <li>c) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ostrej białaczki limfoblastycznej, <p>lub</p> <li>d) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI,</li> </li></li></li></ol>	<p>aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tego produktu.</p> <p><i>Tisagenlecleucel</i> 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 <i>tisagenlecleucelem</i>.</p> <p><b>2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego</b></p> <p>Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla <i>tisagenlecleucelu</i>.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</li> </ol> <p>4) ocena funkcji nerek, tj.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li> </ol> <p>5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych lub ocena molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność lub nawrót choroby;</p> <p>6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>7) badania obrazowe ośrodkowego układu nerwowego (CT lub NMR);</p> <p>8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>9) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);</p> <p>10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);</p> <p>11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV);</p> <p>12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li> <li>b) oznaczenie APTT,</li> <li>c) oznaczenie INR,</li> <li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li> <li>e) oznaczenie stężenia D-dimerów;</li> </ol> <p>13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG;</p> <p>14) elektrokardiografia (EKG);</p>
--	---	---

<p>lub</p> <p>e) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT;</p> <p>6) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);</p> <p>7) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;</p> <p>8) stężenie bilirubiny &lt;2,0 mg/dl;</p> <p>9) funkcja skurczowa lewej komory ≥28% potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory ≥45% potwierdzona za pomocą echokardiogramu.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.</p> <p><b>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</b></p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;</li><li>4) zakażenie HIV;</li></ol>		<p>15) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA.</p> <p><b>1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li><li>2) białka ostrej fazy:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny;</li></ol></li><li>3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak w pkt 1.1.);</li><li>4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1.);</li><li>5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1.);</li><li>6) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku lub nacieku pozaszpikowego bezpośrednio przed podaniem <i>tisagenlecleucelu</i> (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie).</li></ol> <p><b>1.3. Badania w dniu następnym po podaniu tisagenlecleucelu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>b) oznaczenie APTT,</li><li>c) oznaczenie INR,</li><li>d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</li></ol></li><li>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia CRP,</li><li>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</li></ol></li></ol>
--	--	--



<p>5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C;</p> <p>6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych;</p> <p>7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4;</p> <p>8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków jak: cyklofosfamid i fludarabina albo cytarabina i etopozyd;</p> <p>9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;</p> <p>10) aktywna hemoliza;</p> <p>11) aktywna koagulopatia;</p> <p>12) aktywna choroba autoimmunologiczna;</p> <p>13) pierwotny niedobór odporności;</p> <p>14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19).</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania <i>tisagenlecleucelu</i>.</p>		<p>c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>d) oznaczenie stężenia D-dimerów.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T</b></p> <p>1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS;</p> <p>2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:</p> <p>a) oznaczenie stężenia CRP,</p> <p>b) oznaczenie stężenia ferrytyny,</p> <p>c) oznaczenie stężenia fibrynogenu,</p> <p>d) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</p> <p>f) oznaczenie APTT,</p> <p>g) oznaczenie INR,</p> <p>h) oznaczenie stężenia D-dimerów,</p> <p>(przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi);</p> <p>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz;</p> <p>4) morfologia krwi obwodowej;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>7) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</p> <p>8) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi;</p>
---	--	--

		<p>9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>10) oznaczenie stężenia elektrolitów.</p> <p>Badania wskazane w pkt 4-10 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania <i>tisagenlecleucelu</i>, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p><b>3.1.</b> Badania wykonywane w pierwszym roku od podania <i>tisagenlecleucelu</i> co 1 miesiąc przez pierwsze trzy miesiące, a następnie co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li><li>2) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego.</li></ol> <p><b>3.2.</b> Badania wykonywane w pierwszym roku od podania <i>tisagenlecleucelu</i> co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena cytologiczna, cytometryczna lub molekularna aspiratu szpiku kostnego lub nacieku pozaszpikowego;</li><li>2) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>3) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG (w celu ewentualnego leczenia substytucyjnego immunoglobulinami zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla <i>tisagenlecleucelu</i>).</li></ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
--	--	---

		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.
		<p><b>1. Monitorowanie programu – DOTYCZY KAŻDEJ Z CZĘŚCI PROGRAMU</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego lub przez Zespół Koordynacyjny (jeśli dotyczy) dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) całkowita remisja (CR),</li><li>b) całkowita remisja z obecnością mierzalnej choroby resztkowej (CR MRD+),</li><li>c) całkowita remisja z ujemną mierzalną chorobą resztkową (CR MRD-),</li><li>d) nawrót choroby (Rel),</li><li>e) przeżycie wolne od nawrotu choroby (RFS),</li><li>f) całkowite przeżycie (OS);</li></ul> <p>Zespół Koordynacyjny (w przypadku, gdy występuje, zgodnie z opisem wskazanym w odpowiedniej części programu) analizuje przekazane dane dotyczące ww. wskaźników skuteczności terapii i podsumowuje wyniki leczenia</p>

		<p>w programie lekowym (tj. w odpowiedniej części programu) na koniec każdego roku;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p> <p>*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.</p>
--	--	--

Załącznik B.66.

**LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE (ICD-10: C84)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>I. LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNIE SKÓRNE CHŁONIAKI T-KOMÓRKOWE</b>		
<p>W ramach części I. programu lekowego udostępnia się poniższe terapie:</p> <p><b>1) chorym na ziarniniaka grzybiastego:</b></p> <p>a) <i>bekсарoten w monoterapii</i>,</p> <p>b) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>,</p> <p><b>2) chorym na zespół Sezary'ego:</b></p> <p>a) <i>bekсарoten w monoterapii</i>,</p> <p><b>3) chorym na pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (pcALCL):</b></p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i></p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) stan sprawności według WHO 0-2 (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenenem dopuszcza się stan sprawności według WHO 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka);</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. <i>bekсарoten w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa beksarotenu to 300 mg/m<sup>2</sup> p.c./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki beksarotenu 150 mg/m<sup>2</sup> p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m<sup>2</sup> p.c./dobę</p> <p><b>1.2. <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu pierwotnie skórny chłoniak anaplastyczny z dużych komórek (pcALCL)</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie kreatyniny;</p> <p>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>4) stężenie glukozy we krwi;</p> <p>5) określenie TNMB i mSWAT;</p> <p>6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>8) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka – w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin;</p> <p>9) stężenie TSH oraz fT4, triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL –</p>

<p>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>ziarniniaka grzybiastego</u></b></p> <p><b>1.2.1. beksaroten w monoterapii</b></p> <p>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;</p> <p>2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);</p> <p>3) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>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,</p> <p>lub</p> <p>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),</p> <p>lub</p> <p>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;</p>	<p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg mc. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem;</p> <p>10) EKG z opisem – w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. ziarniniaka grzybiastego lub zespołu Sezary’ego beksarotenem w monoterapii</b></p> <p>1) badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku):</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) stężenie kreatyniny,</p> <p>c) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej,</p> <p>d) stężenie glukozy we krwi,</p> <p>e) stężenie TSH oraz fT4,</p> <p>f) triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL;</p> <p>2) kontrolne badania obrazowe wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych;</p> <p>3) raz na 2 miesiące – wypełnienie skali mSWAT.</p> <p>Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem” powinno być prowadzone</p>
---	--	---

<p>4) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.</p> <p><b>1.2.2. brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego;</p> <p>2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC);</p> <p>3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w ziarniniaku grzybiastym;</p> <p>4) w przypadku stadium choroby:</p> <p>a) IB-IIA spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksaroteniem, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksaroteniem,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksaroteniem,</li></ul> <p>b) IIB lub wyższym – nawrót lub progresja choroby, niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego;</p> <p>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.</p>		<p>jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</p> <p><b>2.2. ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórniego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL) brentuksymabem vedotin w monoterapii</b></p> <p>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>b) stężenie kreatyniny,</li><li>c) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej,</li><li>d) stężenie glukozy we krwi;</li></ul> <p>2) kontrolne badania obrazowe wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych;</p> <p>3) raz na 2 miesiące – wypełnienie skali mSWAT.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z</p>
--	--	---

<p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia zespołu Sezary’ego</b></p> <p><b>1.3.1. beksaroten w monoterapii</b></p> <p>1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary’ego;</p> <p>2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>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,</p> <p>lub</p> <p>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN),</p> <p>lub</p> <p>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym;</p> <p>3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.</p> <p><b>1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia pierwotnie skórnegochłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)</b></p> <p><b>1.4.1. brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p>1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórnegochłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL);</p> <p>2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL;</p> <p>3) 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.</p>		<p>opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p> <p>W przypadku pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4.1) nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</p>
---	--	---



**1.5.** 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 – dotyczy każdej z terapii w programie.

## **2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- 1) *brentuksymabem vedotin w monoterapii* – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 3) toksyczność:
  - a) w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku – w przypadku terapii *beksarotenem w monoterapii*,
  - b) wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii *brentuksymabem vedotin w monoterapii*;
- 4) ciąża lub karmienie piersią;
- 5) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 6) rezygnacja pacjenta.

<p><b>4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksaroteniem w monoterapii</b></p> <p>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;</p> <p>2) kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.;</p> <p>3) pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu;</p> <p>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.</p>		
<p><b>II. LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWEGO CHŁONIAKA ANAPLASTYCZNEGO Z DUŻYCH KOMÓREK (sALCL)</b></p>		
<p><b>W ramach części II. programu lekowego chorym na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL) udostępnia się terapie:</b></p> <p><b>1) w I linii leczenia</b></p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP),</i></p> <p><b>2) w II i kolejnych liniach leczenia</b></p> <p>a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii.</i></p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</b></p> <p><u>Brentuksymab vedotin:</u> Zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie kreatyniny;</p> <p>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>4) stężenie glukozy we krwi;</p> <p>5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>6) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;</p>

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stan sprawności według WHO 0-2;</li> <li>2) potwierdzona histologicznie diagnoza układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL);</li> <li>3) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30;</li> <li>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>6) 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;</li> <li>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego;</li> <li>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li> </ol> <p><b>1.2. Kryteria kwalifikacji do I linii leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL).</li> </ol> <p><b>1.3. Kryteria kwalifikacji do II i kolejnych linii leczenia</b></p>	<p><u>Cyklofosfamid</u>: zalecana dawka to 750 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.</p> <p><u>Dokсорubicyna</u>: zalecana dawka to 50/m<sup>2</sup> pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.</p> <p><u>Prednizon</u>: zalecana dawka to 100 mg podawana doustnie w dniach 1-5 każdego 3-tygodniowego cyklu.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Leczenie może trwać maksymalnie 8 cykli.</p> <p><b>1.2. brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p><u>Dorośli</u>:</p> <p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><u>Dzieci</u>:</p> <p>Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie</p>	<p>7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. badania wykonywane przed każdym podaniem leku:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie kreatyniny;</li> <li>3) aktywność AST i ALT, stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>4) stężenie glukozy we krwi.</li> </ol> <p><b>2.2. badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia – badania obrazowe TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu wykonywane:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po 3. lub po 4. cyklu leczenia i po zakończeniu leczenia oraz w razie klinicznego podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii w I linii leczenia;</li> <li>2) po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami – w przypadku terapii w II i kolejnych liniach leczenia.</li> </ol> <p><u>Kryteria odpowiedzi na leczenie brentuksymabem vedotin – należy stosować według aktualnych rekomendacji.</u></p>
--	---	--

<p>1) oporność na leczenie lub nawrót po leczeniu układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL).</p> <p><b>1.4.</b> 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 – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i> – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli;</li><li>2) <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i> – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli.</li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak skuteczności terapii definiowany jako:<ol style="list-style-type: none"><li>a) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia – w przypadku terapii w I linii leczenia,</li><li>b) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia, albo brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia albo nawrót choroby w trakcie trwania leczenia – w przypadku terapii w II lub kolejnych liniach leczenia;</li></ol></li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li><li>3) toksyczność według WHO powyżej 3;</li></ol>	<p>dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	---	--

4) pogorszenie stanu pacjenta o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) rezygnacja pacjenta.		
--	--	--

Załącznik B.67.

## LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, G25.82, M33.0, M33.1, M33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapię:</p> <p>1) <i>immunoglobuliną ludzką normalną</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>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.</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria odpowiednio w następujących rozpoznaniach:</p> <p><b>1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)</b></p> <p>1) potwierdzona:</p> <p>a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów, b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;</p> <p>2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania.</p> <p><b>1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)</b></p> <p>1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów; 2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej.</p>	<p><b>1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylniej:</b></p> <p><b>1.1.</b> 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.</p> <p><b>1.2.</b> 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.</p> <p>W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP, miopatii zapalnych i SPS dawkowanie ustala się indywidualnie.</p> <p><b>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:</b></p> <p>Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na tydzień. Początkowa dawka podskórna może być</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał; 5) proteinogram; 6) EMG; 7) rezonans magnetyczny; 8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego; 9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych; 10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4); 11) wzrokowe potencjały wywołane; 12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA; 13) konsultacja ginekologiczna u kobiet; 14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych; 15) w przypadku kwalifikacji do SPS oznaczenie przeciwciał anty-GAD.</p>

<p><b>1.3. Miastenia (MG)</b> przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c;</li> <li>2) retencja CO<sub>2</sub> (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);</li> <li>3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO<sub>2</sub> poniżej 93%;</li> <li>4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy;</li> <li>5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania;</li> <li>6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym;</li> <li>7) nasilenie objawów miastenii w okresie ciąży.</li> </ol> <p><b>1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eaton, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa</b> udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych;</li> <li>2) badanie neurofizjologiczne;</li> <li>3) rezonans magnetyczny;</li> <li>4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwskazaniach do ich stosowania.</li> </ol> <p><b>1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe</b> w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.</p> <p><b>1.6. Zespół Guillain-Barre</b> w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania;</li> </ol>	<p>zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylniej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona.</p> <p>Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki.</p> <p>W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg m.c. na tydzień.</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku,</li> <li>b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna,</li> <li>c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia,</li> </ol>	<p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylniej:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</li> <li>3) oznaczenie aktywności ALT,</li> <li>4) oznaczenie aktywności AST;</li> <li>5) proteinogram;</li> <li>6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.</li> </ol> <p><b>2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylniej:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</li> <li>3) oznaczenie aktywności ALT,</li> <li>4) oznaczenie aktywności AST;</li> </ol> <p>oraz do decyzji lekarza:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) proteinogram;</li> <li>6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.</li> </ol> <p>Należy także ocenić:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników w oceny klinicznej.</li> </ol> <p><b>2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną</b> każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki</p>
---	---	--

<p>2) narastający niedowład mięśni twarzy;</p> <p>3) dyzartia;</p> <p>4) dysfagia;</p> <p>5) zaburzenia oddechowe.</p> <p><b>1.7. Choroba Devica (NMO)</b></p> <p>1) potwierdzona wykonaniem:</p> <p>a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,</p> <p>b) badania potencjałów wzrokowych,</p> <p>c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),</p> <p>d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;</p> <p>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwwskazaniach do jego zastosowania.</p> <p><b>1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym</b></p> <p>1) potwierdzone wykonaniem:</p> <p>a) rezonansu magnetycznego mózgu,</p> <p>b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,</p> <p>c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;</p> <p>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwwskazaniach do jego zastosowania.</p> <p><b>1.9. Zespół sztywności uogólnionej (SPS)</b></p> <p>1) potwierdzony:</p> <p>a) badaniem EMG;</p> <p>b) oznaczeniem przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (przeciwciał anty-GAD);</p> <p>2) przy braku skuteczności leczenia objawowego: baklofenem, tynidazyną benzodiazepinami i gabapentyną lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania i istotnych klinicznie objawach SPS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających</p>	<p>d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta,</p> <p>e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p>poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego.</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</p> <p>3) oznaczenie aktywności ALT,</p> <p>4) oznaczenie aktywności AST;</p> <p>oraz do decyzji lekarza:</p> <p>5) proteinogram;</p> <p>6) oznaczenie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.</p> <p>Należy także ocenić:</p> <p>7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym danych dotyczących skuteczności leczenia opisanych w pkt 3. kryteriów wyłączenia, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z</p>
---	--	--



<p>badan klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia, a w przypadku kontynuacji terapii - pomimo zastosowania każdego kolejnego cyku leczenia.</li><li>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwaną dalej ChPL);</li><li>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li><li>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol> <p>W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.</p>		wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	--

Załącznik B.70.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI SIATKÓWKI (ICD-10: H35.3, H36.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<b>A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PŁAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (nAMD)</b>		
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny).</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie wysiękowego zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>aflibercept</i>;</li> <li>2) <i>brolicizumab</i>;</li> <li>3) <i>farycymab</i>;</li> <li>4) <i>ranibizumab</i>.</li> </ol> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50%</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Zalecane dawki na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe to 50 µl roztworu (0,05 ml), co odpowiada:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>aflibercept</i> – 2 mg;</li> <li>2) <i>brolicizumab</i> – 6 mg;</li> <li>3) <i>farycymab</i> – 6 mg;</li> <li>4) <i>ranibizumab</i> – 0,5 mg.</li> </ol> <p><b>1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca</b></p> <p>Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 3 kolejne miesiące – <i>aflibercept</i>, <i>brolicizumab</i>;</li> <li>2) 4 kolejne miesiące – <i>farycymab</i>;</li> <li>3) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – <i>ranibizumab</i>.</li> </ol> <p><b>1.3. Faza podtrzymująca</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</li> <li>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</li> <li>3) fotografia dna oka;</li> <li>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.</li> </ol> <p>W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji (pkt 10 Kryteriów wyłączenia), kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenie badań do pełnego zakresu.</p>

<p>zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) wiek 45 lat i powyżej;</li> <li>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);</li> <li>4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2 – 0,8, określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</li> <li>5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;</li> <li>6) brak dominującego zaniku geograficznego;</li> <li>7) brak dominującego wylewu krwi;</li> <li>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);</li> <li>9) brak przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną;</li> <li>10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.</li> </ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 10 kryteriów wyłączenia oraz pacjenci którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi afliberceptu, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu:</p>	<p>Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend”. Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>aflibercept</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni;</li> <li>2) <i>brolicizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni i maksimum co 12 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu;</li> <li>3) <i>farycymab</i> – iniekcje wykonuje się co 16 tygodni (u pacjentów bez aktywności choroby) lub 8 lub 12 tygodni (u pacjentów z aktywnością choroby), jednorazowo odstęp między dawkami można zwiększać do maksymalnie 16 tygodni i skracać minimalnie do 8 tygodni;</li> <li>4) <i>ranibizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.</li> </ol> <p><b>1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem</b></p> <p>W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</li> <li>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</li> <li>3) opcjonalnie:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) fotografia dna oka,</li> <li>b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).</li> </ol> </li> </ol> <p>Badania przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.</p> <p>Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) uzyskanie poprawy,</li> <li>b) stabilizację choroby,</li> <li>c) progresję choroby.</li> </ol> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie</li> </ol>
--	--	---

<p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 - małe zabiegi witreoretinalne lub</p> <p>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- 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.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku definiowana jako:</p> <p>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości &lt; 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub</p> <p>b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji</p>	<p><b>1.5. Wstrzymanie podawania leku</b></p> <p>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ciśnienie śródgałkowe <math>\geq 30</math> mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);</li> <li>2) rozerwanie siatkówki;</li> <li>3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi <math>\geq 50\%</math> całkowitej powierzchni zmiany;</li> <li>4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);</li> <li>5) brak aktywności choroby, tj., gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub wysięków, nawet jeżeli stale istnieją torbiele śródsiatkówek lub kanaliki oznaczające zmiany przewlekłe (podawanie leku można odroczyć w przypadku <i>afliberceptu</i> – od drugiego roku leczenia, a w przypadku <i>brolicizumabu</i>, <i>farycymabu</i> i <i>ranibizumabu</i> – od pierwszego roku leczenia).</li> </ol> <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>1.6. Zmiana leku w programie</b></p> <p>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</p>	<p>elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt. 2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</li> </ol>
--	---	--

<p>lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) czynne zakażenie oka lub jego okolic;</p> <p>5) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;</p> <p>6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;</p> <p>7) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną;</p> <p>9) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>10) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji <i>afliberceptu</i> lub <i>brolicizumabu</i> lub <i>farycymabu</i> lub <i>ranibizumabu</i> w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;</p> <p>11) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:</p> <p>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),</p>	<p>ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku:</p> <p>a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych,</p> <p>b) łącznie od początku terapii – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Za brak skuteczności terapii należy uznać:</p> <p>c) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu</p> <p>lub</p> <p>d) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.</p>	
---	---	--

<p>b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),</p> <p>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</p>		
<b>B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PŁAMKI (DME)</b>		
<p>Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców w pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego.</p> <p>Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców wymagających zmiany leku w programie lub leczonych wcześniej w ramach innych źródeł finansowania przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego, po udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie cukrzycowego obrzęku płamki substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>aflibercept</i>;</li> <li>2) <i>bewacyzumab</i>;</li> <li>3) <i>brolocizumab</i>;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszkliskowe to:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>aflibercept</i> – 2 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml);</li> <li>2) <i>bewacyzumab</i> – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml);</li> <li>3) <i>brolocizumab</i> – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml);</li> <li>4) <i>deksametazon</i> – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszkliskowemu;</li> <li>5) <i>farycymab</i> – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml);</li> <li>6) <i>ranibizumab</i> – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml).</li> </ol> <p><b>1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca</b></p> <p>Leczenie pacjentów pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek <i>bewacyzumabu</i>, podawanych w odstępach 28 – 35 dni.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</li> <li>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</li> <li>3) fotografia dna oka;</li> <li>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;</li> <li>5) konsultacja diabetologiczna, lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza POZ z wynikiem badania HbA1c i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy. W przypadku posiadania przez pacjenta aktualnego badania HbA1c (z ostatnich 6 miesięcy, uzyskanego na podstawie badania laboratoryjnego lub w postaci odczytu z elektronicznych systemów monitorowania</li> </ol>

<p>4) <i>deksametazon</i> w postaci implantu doszkliskowego;</p> <p>5) <i>farycymab</i>;</p> <p>6) <i>ranibizumab</i>.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozłana), CME – postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);</p> <p>2) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>3) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</p> <p>4) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;</p> <p>5) stężenie HbA1c:</p> <p>a) w przypadku leczenia <i>bewacyzumabem</i>: należy rozpocząć terapię bez względu na jego poziom, jeżeli po 5 dawkach leku poziom HbA1c &gt; 9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbA1c ≤ 9% kiedy Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku;</p> <p>b) na inny lek niż <i>bewacyzumab</i>, gdy stężenie HbA1c ≤ 9%;</p> <p>6) brak dominującej błony przedsiatkówkowej;</p> <p>7) brak aktywnych włóknisto-naczyniowych trąkacji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie;</p> <p>8) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej;</p>	<p>U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku rozpoczęcia leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem <i>deksametazonu</i> w postaci implantu.</p> <p>Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez:</p> <p>1) 5 kolejnych miesięcy – <i>bewacyzumab</i>, <i>aflibercept</i>;</p> <p>2) 4 kolejne miesiące – <i>farycymab</i>;</p> <p>3) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – <i>ranibizumab</i>.</p> <p>Jedna iniekcja co 6 tygodni przez:</p> <p>1) 5 kolejnych dawek - <i>broliczumab</i>.</p> <p><b>1.3. Faza podtrzymująca</b></p> <p>Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „<i>treat-and-extend</i>”. Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:</p> <p>1) <i>aflibercept</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między</p>	<p>glikemii) o konieczności konsultacji specjalistycznej decyduje lekarz prowadzący pacjenta.</p> <p>W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z pkt. 3 (Kryteria przerwania terapii) kwalifikację pacjenta opierać należy na badaniach z pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</p> <p>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</p> <p>3) konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – co 12 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu;</p> <p>4) opcjonalnie:</p> <p>a) fotografia dna oka,</p> <p>b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).</p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania wymienione w pkt 1, 2 i 4 przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania.</p>
---	--	---

<p>9) brak krwotoku do ciała szklстого wymagającego leczenia operacyjnego;</p> <p>10) brak neowaskularyzacji tęczówki;</p> <p>11) brak jaskry neowaskularnej;</p> <p>12) uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe;</p> <p>13) brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;</p> <p>14) brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w płamce nierokujących poprawy po leczeniu anti- VEGF takich jak:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki),</li><li>b) DRIL w obszarze poddołkowym,</li><li>c) makulopatia niedokrwienna;</li></ul> <p>15) brak innych przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną;</p> <p>16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 3 (Kryteria przerwania terapii), gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 4 miesiące w przypadku <i>afliberceptu</i>, <i>bewacyzumabu</i>, <i>brolicuzumabu</i>, <i>farycymabu</i>, <i>ranibizumabu</i> oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku płamki iniekcjami doszklstkowymi <i>afliberceptu</i>, <i>bewacyzumabu</i>, <i>brolicuzumabu</i>, <i>farycymabu</i>, <i>ranibizumabu</i> lub <i>deksametazonu</i> w postaci implantu:</p>	<p>iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni;</p> <p>2) <i>bewacyzumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku skuteczności leczenia odstęp ten można wydłużyć po 12 miesiącach leczenia;</p> <p>3) <i>brolicuzumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku braku aktywności choroby po 12 miesiącach leczenia odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć do 16 tygodni;</p> <p>4) <i>deksametazon</i> w postaci implantu – zgodnie z ChPL; w przypadku nawrotu aktywności choroby schemat dawkowania ustala lekarz prowadzący stosując lek nie częściej niż w odstępach co 4 miesiące (tj. nie częściej niż co 124 dni) z możliwością wydłużenia odstępów między wstrzyknięciami do 9 miesięcy (tj. do 279 dni);</p> <p>5) <i>farycymab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach maksymalnie co 16 tygodni, odstępy między iniekcjami można jednorazowo zwiększać o maksymalnie 4 tygodnie;</p> <p>6) <i>ranibizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.</p> <p><b>1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem</b></p> <p>W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p>	<p>Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu.</p> <p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) w okresie od 1 do 2 miesięcy po ostatnim podaniu <i>bewacyzumabu</i> z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych;</li><li>2) co 11 miesięcy dla <i>afliberceptu</i>, <i>bewacyzumabu</i>, <i>brolicuzumabu</i>, <i>farycymabu</i> i <i>ranibizumabu</i>;</li><li>3) co 3 kolejne dawki <i>deksametazonu</i>.</li></ul> <p>Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) kontynuacji leczenia bez zmiany leku albo</li><li>2) kontynuacji leczenia ze zmianą leku albo</li><li>3) wyłączeniu pacjenta z programu.</li></ul> <p>Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego lub poprawę do 0,8 lub więcej</li></ul>
--	--	--



<p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84</p> <p>lub</p> <p>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- 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.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria przerwania terapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) czynne zakażenie oka lub jego okolic;</li> <li>2) zapalenie wnętrza gałki ocznej;</li> <li>3) ciężkie zapalenie błony naczyniowej związane z terapią <i>brolicizumabem</i>;</li> <li>4) okres ciąży i karmienia piersią;</li> <li>5) przedarciove odwarstwienie siatkówki;</li> <li>6) wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie;</li> </ol>	<p><b>1.5. Wstrzymanie podawania leku</b></p> <p>Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ciśnienie śródgałkowe <math>\geq 30</math> mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);</li> <li>2) rozerwanie siatkówki;</li> <li>3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);</li> <li>4) brak aktywności choroby.</li> </ol> <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>1.6. Zmiana leku w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zmiana leku w programie odbywa się za zgodą Zespołu Koordynacyjnego.</li> <li>2) Zmiana leku z bewacyzumabu na inny możliwa jest, gdy HbA1c wynosi <math>\leq 9\%</math>.</li> <li>3) Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.</li> <li>4) U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku kontynuacji leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem deksametazonu w postaci implantu.</li> </ol>	<p>na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o <math>\geq 20\%</math> w stosunku do wartości badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości <math>\leq 300</math> <math>\mu\text{m}</math>.</li> </ol> <p>Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku.</p> <p>Na podstawie badań wymienionych w pkt. 2 w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) uzyskanie poprawy;</li> <li>2) stabilizację choroby;</li> <li>3) progresję choroby.</li> </ol> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników</li> </ol>
---	--	--

<p>7) wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) dominująca błona przedsiatkówkowa,</li><li>b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych traktacji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki,</li><li>c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej,</li><li>d) krwotok do ciała szklanego wymagający operacji,</li><li>e) neowaskularyzacja tęczówki,</li><li>f) jaskra neowaskularna,</li><li>g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie.</li></ul> <p>W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt. 1-7 lekarz prowadzący może (nie później niż 4 miesiące od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu).</p> <p>Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 4 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>2) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li></ul>		<p>odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt.2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>
--	--	---

<p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) progresja choroby definiowana jako:</p> <p>a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do poziomu <math>&lt;0,2</math> określonego według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące</p> <p>lub</p> <p>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</p> <p>lub</p> <p>c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki)</p> <p>lub</p> <p>d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym</p> <p>lub</p> <p>e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej;</p> <p>6) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:</p> <p>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),</p>		
---	--	--

<p>b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),</p> <p>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</p>		
---	--	--

Załącznik B.71.

## LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C (ICD-10: B18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq</math> 18 r. ż.;</li> <li>2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;</li> <li>3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej;</li> <li>4) udokumentowany stopień zaawansowania choroby wątroby określony z wykorzystaniem: elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub wskaźnika APRI lub FIB-4 lub biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające;</li> <li>5) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem</li> <li>albo</li> <li>b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Sofosbuvir+ledipaswir i sofosbuvir +welpataswir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych.</li> <li><b>2. Grazoprewir+elbaswir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> <li><b>3. Glekaprewir+pi brenzaswir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> <li><b>4. Sofosbuvir+wel pataswir +woksyleprewir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;</li> <li>2) morfologia krwi;</li> <li>3) oznaczenie aktywności AlAT;</li> <li>4) oznaczenie stężenia albumin;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) czas lub wskaźnik protrombinowy;</li> <li>7) oznaczenie poziomu kreatyniny;</li> <li>8) oznaczenie przeciwciał anti-HIV;</li> <li>9) oznaczenie antygenu HBs;</li> <li>10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy);</li> <li>11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej) lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4;</li> <li>12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1)- jeśli nie było wykonywane wcześniej. Przy czym, dopuszczalne jest odstępianie z oznaczania genotypu w</li> </ol>

<p>albo</p> <p>c) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem</p> <p>albo</p> <p>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</p> <p>albo</p> <p>e) w przypadku niemożności oznaczenia genotypu należy zastosować lek pangenotypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>U pacjentów kwalifikujących się pierwszorazowo do terapii pangenotypowej nie ma konieczności oznaczania genotypu HCV, w związku z tym nie muszą spełniać kryterium kwalifikacji określonego w pkt. 1.5.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anti-HCV;</li><li>3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z ledipaswirem lub welpataswirem;</li><li>4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżyć aktywność osoczną sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i</li></ol>		<p>przypadku kwalifikacji do pierwszorazowej terapii pangenotypowej.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) w 1 dniu, przed podaniem leków:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi,</li><li>b) oznaczenie aktywności AlAT,</li><li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny,</li><li>d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</li></ol></li><li>2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi,</li><li>b) oznaczenie aktywności AlAT;</li></ol></li><li>3) w 4 tygodniu:<ol style="list-style-type: none"><li>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;</li></ol></li><li>4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową,</li><li>b) USG jamy brzusznej.</li></ol></li></ol> <p>Dopuszczalne jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza rozpoczynającego terapię, odstępianie od wizyt pacjenta i procedur monitorowania leczenia określonych w punktach 2.2 i 2.3 w trakcie leczenia, jeżeli podczas kwalifikacji w ocenie zaawansowania choroby wątroby wykazano w elastografii sztywność &lt;12,5 kPa lub APRI &lt;1 lub FIB-4 &lt;1,3 lub brak histologicznych cech marskości w biopsji wątroby. U takich pacjentów możliwe jest wydanie leków w ilości niezbędnej do zabezpieczenia pełnego czasu terapii o ile nie przekracza 12 tygodni (w zależności od wybranej terapii,</p>
--	--	---

<p>woksyaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy);</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach:</p> <p>a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksyaprewirem (o ile dotyczy)</p> <p>albo</p> <p>b) grazoprewiru z elbaswirem (o ile dotyczy)</p> <p>albo</p> <p>c) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy).</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 (z wyłączeniem pkt 2.2) w trakcie leczenia;</p> <p>2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– w opinii lekarza prowadzącego terapię</li><li>lub</li><li>– zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych;</li></ul> <p>3) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>indywidualnie przyjętego schematu dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisana powyżej decyzja lekarza rozpoczynającego leczenie, powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Decyzja ta może zostać zmieniona w trakcie trwania leczenia w przypadku zmiany stanu klinicznego pacjenta lub podejrzenia braku adherencji. Niezależnie od przypadku klinicznego, osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię musi mieć miejsce 12 tygodni po zakończeniu terapii w celu określenia skuteczności zastosowanego leczenia.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.73.

**LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek: 18 i więcej lat;</li> <li>2) nietrzymanie moczu z parć nagłących;</li> <li>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;</li> <li>4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;</li> <li>5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pogorszenie się czynności nerek lub</li> <li>b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć nagłących, lub</li> <li>c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, lub</li> <li>d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie:</b></p> <p>Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.</p> <p>W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie brzucha,</li> <li>b) badanie przez pochwę lub per rectum,</li> <li>c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedstonka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych);</li> </ol> </li> <li>2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;</li> <li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia mocznika;</li> <li>5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć nagłących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów);</li> <li>6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);</li> <li>7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) celem wizyt kontrolnych jest: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena skuteczności,</li> </ol> </li> </ol>



<p>e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych,</p> <p>lub</p> <p>nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) zaburzenia rytmu serca,</li><li>b) zaburzenia pamięci,</li><li>c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania,</li><li>d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku;</li></ol> <p>6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby;</p> <p>7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu;</p> <p>8) negatywny wywiad w kierunku:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) neuropatii obwodowych,</li><li>b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona);</li></ol> <p>9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania,</li><li>c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych,</li><li>d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych;</li></ol> <p>2) wizyty kontrolne według następującego schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania),</li><li>b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania).</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li><li>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.</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

<p>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;</p> <p>3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu:</b></p> <p>1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o <math>\geq 50\%</math> 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);</p> <p>2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji;</p> <p>3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania;</p> <p>4) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu.</p>		
--	--	--

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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS,</p> <p>2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów:</p> <p>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</p>	<p>Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) Badania nieinwazyjne:</p> <p>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,</p> <p>b) test 6-minutowego marszu,</p> <p>c) oznaczenie NT-pro-BNP,</p> <p>d) badanie echokardiograficzne.</p> <p>2) Badania inwazyjne:</p> <p>– badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej.</p> <p>3) Badania obrazowe:</p> <p>a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań;</p> <p>a) MRI,</p> <p>b) Angio CT;</p> <p>c) scyntygrafia płuc.</p> <p>W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań</p>

<p>swoistej w nadciśnieniu płucnym)</p> <p>lub</p> <p>b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym.</p> <p>Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włączenie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH.</p> <p>3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej <math>\geq 25</math> mm Hg i naczyniowy opór płucny <math>\geq 240</math> dyn*sec*cm<sup>-5</sup> (lub 3 jednostki Wooda),</p> <p>4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO,</p> <p>5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia i przeciwwskazania do włączania do programu</b></p> <p>Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil),</p> <p>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),</p>		<p>do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych</p> <p>a) MRI,</p> <p>b) Angio CT;</p> <p>c) scyntygrafia płuc.</p> <p>W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki.</p> <p>Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym.</p> <p>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).</p> <p>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.</p>
--	--	--

<p>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą,</p> <p>4) ciąża,</p> <p>5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiegokolwiek postaci,</p> <p>6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi &lt;95 mm Hg na początku leczenia,</p> <p>7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,</p> <p>8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej &gt; 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,</p> <p>9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.</p>		<p>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.</p> <p>1) Badania nieinwazyjne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,</li><li>b) test 6-minutowego marszu,</li><li>c) oznaczenie NT-pro-BNP.</li></ul> <p>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.</p> <p>2) Badania inwazyjne:</p> <p>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne,</li><li>– dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,</li></ul>
--	--	---

		<p>eskalacji farmakoterapii lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia,</li><li>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,</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.75.

## LECZENIE CHORYCH NA AKTYWNA 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
<p>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.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek 18 lat i więcej;</li> <li>rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA);</li> <li>ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia;</li> <li>wysoka aktywność choroby (2.1.);</li> <li>nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.).</li> <li>brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu określonych w Charakterystyce Produktu Lecniczego.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby</p>	<p>Dawkowanie i sposób podawania <b>rytuksymabu</b> – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Lecniczego.</p> <p>Po indukcji remisji w wyniku stosowania rytuksymabu zalecane jest stosowanie leczenia podtrzymującego remisję.</p> <p>Leczenie podtrzymujące rytuksymabem w ramach programu można rozpocząć po potwierdzeniu adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem (ocena przeprowadzona po 180 dniach (<math>\pm 14</math>) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego rytuksymabem), jednak nie wcześniej niż 16 tygodni po podaniu ostatniego wlewu leku.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;</li> <li>badanie ogólne moczu;</li> <li>dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);</li> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>OB;</li> <li>aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</li> <li>białko C-reaktywne (CRP);</li> <li>kreatynina;</li> <li>eGFR;</li> <li>przeciwciała anty-HCV;</li> <li>przeciwciała anty-HBc;</li> <li>obecność antygenów HBs;</li> <li>przeciwciała anty-HIV;</li> <li>przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);</li> <li>stężenie immunoglobulin:</li> </ol>

grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia ziarniniakowości 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 BVAS/WG  $\geq 3$  w trakcie

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 indukcyjnego 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 indukcyjnego 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);



<p>pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję</p> <p>lub</p> <p>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.</p> <p><b>2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:</b></p> <p>1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy</p> <p>lub</p> <p>2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy</p> <p>lub</p> <p>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)</p> <p>- w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów.</p> <p>Dawki cyklofosfamidu mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku:</p> <p>a) upośledzenia funkcji nerek</p> <p>lub</p> <p>b) wieku &gt; 60 lat</p> <p>lub</p> <p>c) polekowej cytopenii.</p> <p><b>2.4. Leczenie podtrzymujące remisję to:</b></p>		<p>5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);</p> <p>6) stężenie immunoglobulin:</p> <p>a) IgG,</p> <p>b) IgM,</p> <p>c) IgA;</p> <p>7) EKG;</p> <p>8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza).</p> <p><b>2.3.</b> W trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii co 180 dni (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia podtrzymującego rytuksymabem wykonując badania opisane w pkt. 2.1 oraz 2.2.</p> <p><b>3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem</b></p> <p>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;</p> <p>2) badanie ogólne moczu;</p> <p>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);</p> <p>4) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) OB;</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>8) białko C-reaktywne (CRP);</p> <p>9) kreatynina;</p> <p>10) eGFR;</p>
--	--	---

<p>1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę lub 2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień lub 3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę lub 4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę lub 5) rytuksymab 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 rytuksymab przez co najmniej 24 miesiące po osiągnięciu po osiągnięciu adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem (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.</p> <p>- jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon <math>\leq 7,5</math> mg/dobę).</p> <p><b>2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na cyklofosfamid;</li><li>2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu;</li><li>3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych;</li><li>4) czynne zakażenia;</li><li>5) ciąża.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>11) przeciwciała anty-HCV;</li><li>12) obecność antygeny HBs;</li><li>13) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);</li><li>14) stężenie immunoglobulin:<ol style="list-style-type: none"><li>a) IgG,</li><li>b) IgM,</li><li>c) IgA;</li></ol></li><li>15) EKG;</li><li>16) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku).</li></ol> <p>Na podstawie wyników badań zgromadzonych w SMPT, w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) dokonuje analizy wskaźników odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– adekwatna odpowiedź na leczenie indukcyjne rytuksymabem</li><li>– adekwatna odpowiedź na leczenie podtrzymujące rytuksymabem</li></ul> <p>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p>
--	--	--

**2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:**

- 1) w przypadku leczenia indukcyjnego rytuksymabem – brak klinicznych objawów aktywnej choroby, definiowany jako BVAS/WG = 0, stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 180 (+/- 14) dniach od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego;
- 2) w przypadku leczenia podtrzymującego rytuksymabem – brak klinicznych objawów aktywnej choroby, definiowany jako BVAS/WG = 0, stwierdzany podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 180 (+/- 14) dni od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem.

**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 zakończenia leczenia w programie**

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach ( $\pm 14$ ) od podania;
- 2) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego rytuksymabem z następowym leczeniem podtrzymującym lekiem innym niż

**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), w tym wskaźniki odpowiedzi na leczenie, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

rytuksymab - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 180 dniach ( $\pm 14$ ) od rozpoczęcia terapii indukcyjnej rytuksymabem;

3) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego i podtrzymującego rytuksymabem - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach ( $\pm 14$ ) od jego rozpoczęcia i utrzymanie adekwatnej odpowiedzi po każdych 180 dniach ( $\pm 14$ ) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem;

4) w przypadku skutecznego leczenia indukcyjnego rytuksymabem i nieskutecznego następnego leczenia podtrzymującego rytuksymabem - uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne rytuksymabem po 180 dniach ( $\pm 14$ ) od jego rozpoczęcia i nawrót aktywnej choroby po okresie remisji, wymagający zastosowania leczenia indukcyjnego, do którego doszło w trakcie terapii podtrzymującej rytuksymabem;

5) pojawienie się przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

#### **5. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie**

1) pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie indukcyjne lub podtrzymujące rytuksymabem (zgodnie z kryteriami zakończenia leczenia w programie opisanymi w pkt. 4.2 lub pkt 4.3.), a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), może mieć wznowione leczenie w programie bez wstępnej kwalifikacji;

2) pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z innych powodów niż spełnienie kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie (w tym zgodnie z kryteriami zakończenia leczenia w programie opisanymi w pkt. 4.1. lub 4.4.), u którego stwierdzono

<p>nawrót choroby (wzrost w skali BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów) musi przejść ponowną kwalifikację do programu;</p> <p>3) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą oraz okresem karmienia piersią.</p>		
---	--	--

Załącznik B.76.

**LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozynemii typu 1 (HT-1).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą;</li> <li>2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu;</li> <li>3) brak skuteczności leczenia;</li> <li>4) przeszczepienie wątroby;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie nityzynonu</b> Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu;</li> <li>2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;</li> <li>3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny</li> <li>4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;</li> <li>5) morfologia krwi, z płytkami krwi;</li> <li>6) ALAT, AspAT;</li> <li>7) bilirubina całkowita i frakcje;</li> <li>8) fosfataza alkaliczna;</li> <li>9) GGTP;</li> <li>10) INR;</li> <li>11) czas protrombinowy;</li> <li>12) APPT;</li> <li>13) białko całkowite, albuminy we krwi;</li> <li>14) gazometria;</li> <li>15) sód, potas, chlorki we krwi;</li> <li>16) wapń, fosfor we krwi i moczu;</li> <li>17) mocznik, kreatynina we krwi;</li> <li>18) kwas moczowy we krwi i moczu;</li> <li>19) kreatynina w moczu;</li> <li>20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;</li> <li>21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;</li> </ol>

<p>5) inne przeciwwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>22) konsultacja dietetyczna.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozydemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;</li><li>2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny;</li><li>3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;</li><li>4) morfologia krwi, z płytkami krwi;</li><li>5) ALAT, AspAT;</li><li>6) bilirubina całkowita i frakcje;</li><li>7) fosfataza alkaliczna;</li><li>8) GGTP;</li><li>9) INR;</li><li>10) czas protrombinowy;</li><li>11) APPT;</li><li>12) białko całkowite, albuminy we krwi;</li><li>13) gazometria;</li><li>14) sód, potas, chlorki we krwi;</li><li>15) wapń, fosfor we krwi i moczu;</li><li>16) mocznik, kreatynina we krwi;</li><li>17) kwas moczowy we krwi i moczu;</li><li>18) kreatynina w moczu;</li><li>19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;</li><li>20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;</li><li>21) konsultacja dietetyczna.</li></ol>
--	--	--

		<p>W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--



Załącznik B.77.

**LECZENIE CHORYCH NA KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA (ICD-10: C81)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego chorym na chłoniaka Hodgkina udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjentom z nieleczonym uprzednio chłoniakiem Hodgkina w I linii leczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>brentuksymab vedotin</i> w skojarzeniu z <i>dokсорubicyną</i>, <i>winblastyną</i> i <i>dakarbazyną</i> (AVD);</li> </ol> </li> <li>2) pacjentom z opornym lub nawrotowym chłoniakiem Hodgkina: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>brentuksymab vedotin</i> w monoterapii,</li> <li>b) <i>niwolumab</i> w monoterapii.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina;</li> <li>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie w I linii leczenia</b></p> <p><b>1.1.1. <i>brentuksymab vedotin</i> w skojarzeniu z AVD</b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><i>Brentuksymab vedotin</i>: zalecana dawka wynosi 1,2 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><i>Dokсорubicyna</i>: zalecana dawka wynosi 25 mg/m<sup>2</sup> p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p><i>Winblastyna</i>: zalecana dawka wynosi 6 mg/m<sup>2</sup> p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.</p> <p><i>Dakarbazyna</i>: zalecana dawka wynosi 375 mg/m<sup>2</sup> p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia rozpoznania chłoniaka Hodgkina wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym obecność antygenu CD30 – w przypadku kwalifikacji do I linii leczenia;</li> <li>2) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej;</li> <li>3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin</i> w opornym lub nawrotowym chłoniaku Hodgkina;</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>9) test ciąży (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>10) oznaczenie stężenia glukozy we krwi – w przypadku terapii z zastosowaniem <i>brentuksymabu vedotin</i>;</li> </ol>

<p>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w I linii leczenia</b></p> <p><b>1.2.1. brentuksymab vedotin w skojarzeniu z AVD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina;</li> <li>3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w IV stadium zaawansowania.</li> </ol> <p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina</b></p> <p><b>1.3.1. brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p>Do leczenia <i>brentuksymabem vedotin</i> w ramach programu kwalifikują się pacjenci spełniający poniższe kryterium 1) albo 2):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) po przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT)</li> </ol> </li> <li>lub</li> </ol>	<p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Profilaktyka ze wspomaganie czynnikiem wzrostu (G-CSF) jest zalecana od podania pierwszej dawki zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.2. Dawkowanie w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina</b></p> <p><b>1.2.1. brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p>Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie).</p> <p><u>Dorośli:</u> Zalecana dawka <i>brentuksymabu vedotin</i> u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p><u>Dzieci:</u> Zalecana dawka <i>brentuksymabu vedotin</i> u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg mc. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).</p>	<p>11) oznaczenie stężenia TSH – w przypadku terapii <i>niwolumabem w monoterapii</i>.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1. brentuksymab vedotin w skojarzeniu z AVD lub brentuksymab vedotin w monoterapii</b></p> <p>Badania wykonywane przed każdym podaniem <i>brentuksymabu vedotin</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi.</li> </ol> <p><b>2.2. niwolumab w monoterapii</b></p> <p>Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>6) oznaczenie stężenia TSH;</li> <li>7) oznaczenie stężenia sodu;</li> <li>8) oznaczenie stężenia potasu;</li> </ol>
---	---	---

<p>b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia, w przypadku, gdy auto-HSCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia,</p> <p>albo</p> <p>2) po auto-HSCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby, definiowanym jako obecność co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka:</p> <p>a) oporność na pierwszą linię leczenia;</p> <p>b) nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia;</p> <p>c) zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed auto-HSCT</p> <p>(pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30. a 45. dniem po auto-HSCT).</p> <p><b>1.3.2. niwolumab w monoterapii</b></p> <p>1) wiek 12 lat i powyżej;</p> <p>2) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie po wcześniejszym przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) oraz po leczeniu <i>brentuksymabem vedotin</i> albo nawrót lub oporność po wcześniejszym leczeniu <i>brentuksymabem vedotin</i>, gdy auto-HSCT nie stanowiło opcji leczenia;</p> <p>3) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.</p> <p><b>1.4.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w</p>	<p><b>1.2.2. niwolumab w monoterapii</b></p> <p><u>Dorośli:</u> Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 240 mg podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie.</p> <p><u>Dzieci w wieku 12-18 lat:</u> Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> wynosi 3mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie).</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>Czasowe zawieszenie leczenia <i>niwolumabem</i> jest możliwe zgodnie z opisem w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego, w tym podawanie <i>niwolumabu</i> można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.</p>	<p>9) oznaczenie stężenia wapnia.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) TK (zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu) lub PET/TK.</p> <p>Badanie wykonuje się:</p> <p>a) w przypadku terapii <i>brentuksymab</i> w skojarzeniu z AVD – po 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby;</p> <p>b) w przypadku terapii <i>brentuksymab</i> w monoterapii – po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby;</p> <p>c) w przypadku terapii <i>niwolumabem</i> w monoterapii – po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie badania obrazowe należy następnie wykonywać co pół roku.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p>
---	---	---

ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- 1) *brentuksymabem vedotin* w skojarzeniu z AVD – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli;
- 2) *brentuksymabem vedotin* w monoterapii – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku.

U chorych kwalifikowanych do programu według kryterium 1.3.1.1.b) i odpowiadających na leczenie *brentuksymabem vedotin*, wykonanie auto-HSCT nie wyklucza kontynuacji leczenia *brentuksymabem vedotin* do sumarycznej liczby 16 cykli.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby podczas leczenia nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia;
- 2) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia;
- 3) brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia – w przypadku chorych kwalifikowanych do programu z zastosowaniem *brentuksymabu vedotin* w monoterapii według kryterium 1.3.1.1. a) lub b);
- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;

2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:

- a) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania PET-TK:
  - całkowita metaboliczna remisja (CMR),
  - brak całkowitej metabolicznej remisji:
    - i. częściowa metaboliczna remisja (PMR),
    - ii. stabilizacja metaboliczna (SMD),
    - iii. progresja metaboliczna (PMD),
  - przeżycie bez progresji choroby (PFS),
  - przeżycie całkowite (OS);
- b) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania TK:
  - całkowita odpowiedź (CR),
  - częściowa odpowiedź (PR),
  - choroba stabilna (SD),
  - brak odpowiedzi (NR),
  - progresja choroby (PD),
  - przeżycie bez progresji choroby (PFS),
  - przeżycie całkowite (OS);

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej

<p>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria), pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienie piersią;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

Załącznik B.79.

**LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ (ICD-10: C91.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>W ramach programu lekowego chorym na przewlekłą białaczkę limfocytową udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami:</b></p> <p><b>1) w 1. linii leczenia:</b></p> <p>a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanym statusem <i>IgHV</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>ibrutinib</i> w monoterapii</li> <li>albo</li> <li>– <i>akalabrutynib</i> w monoterapii;</li> </ul> <p>b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i></li> <li>albo</li> <li>– <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i></li> <li>albo</li> <li>– <i>zanubrutynib</i> w monoterapii</li> <li>albo</li> <li>– <i>ibrutinib</i> w skojarzeniu z <i>wenetoklaksem</i>;</li> </ul> <p><b>2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia:</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie:</b></p> <p><b>1.1. <i>ibrutinib</i> w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka <i>ibrutinibu</i> wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę.</p> <p><b>1.2. <i>akalabrutynib</i> w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka <i>akalabrutynibu</i> wynosi 100 mg podawana dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg).</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin.</p> <p><b>1.3. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i></b></p> <p><u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania,</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej:</p> <p>a) badanie na obecność antygenu CD20 (szczególnie przy stosowaniu terapii z przeciwciałami anty-CD20),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>c) badanie na obecność delecji 17p (del17p) lub mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub statusu mutacji w genach <i>IgHV</i>, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia,</p> <p>d) ocena wydolności nerek i wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>– oznaczenie wskaźnika eGFR,</li> <li>– oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</li> <li>– oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li> <li>– oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>– oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</li> </ul>

<p>a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem</i>,</li> <li>– <i>ibrutynib w monoterapii</i>,</li> <li>– <i>akalabrutynib w monoterapii</i>,</li> <li>– <i>wenetoklaks w monoterapii</i>,</li> <li>– <i>zanubrutynib w monoterapii</i>;</li> </ul> <p>b) pacjentom bez delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem</i>,</li> <li>– <i>ibrutynib w monoterapii</i>,</li> <li>– <i>akalabrutynib w monoterapii</i>,</li> <li>– <i>zanubrutynib w monoterapii</i>.</li> </ul> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>3) rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej;</li> <li>4) obecność wskazań do leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL));</li> <li>5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>6) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> </ol>	<p>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.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.</p> <p><u>Chlorambucyl w cyklach 1-6:</u> zalecana dawka wynosi 0,5 mg/kg mc. w dniach 1. i 15. każdego cyklu.</p> <p><b>1.4. wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</b></p> <p><u>Wenetoklaks:</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p>	<p>e) dodatkowo w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i> – oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</p> <p>f) dodatkowo w przypadku terapii z zastosowaniem <i>wenetoklaksu</i> w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo <i>ibrutynibem</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</li> <li>– oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</li> <li>– oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</li> </ul> <p>g) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,</p> <p>h) ocena masy guza z zastosowaniem badań obrazowych (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI – wybór rodzaju badań do decyzji lekarza),</p> <p>i) dodatkowo w przypadku leczenia <i>obinutuzumabem</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> lub <i>zanubrutynibem</i> (jeśli ocena jest konieczna dla spełnienia kryteriów kwalifikacji do programu) – ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) przesiewowe badanie w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);</li> <li>3) przesiewowe badanie w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA);</li> <li>4) elektrokardiografia (EKG);</li> <li>5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p>
---	---	---

<p>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p>	<p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><i>Wenetoklaks</i> podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12. Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p>	<p><b>2.1. ibrutynib w monoterapii lub akalabrutynib w monoterapii lub zanubrutynib w monoterapii</b></p> <p>1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy terapii, a następnie co najmniej 1 raz na 3 miesiące:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>2) badania wykonywane co 3 miesiące:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek,</p> <p>b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków.</p>
<p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia</b></p>	<p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS, może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia 1. dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p>	<p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p>
<p><b>1.2.1. ibrutynib w monoterapii</b></p>	<p><u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p>	<p><b>2.2. obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem</b></p>
<p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</p> <p>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanego statusu <i>IgHV</i>.</p>	<p>Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia</p>	<p>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi.</p>
<p><b>1.2.2. akalabrutynib w monoterapii</b></p>	<p>Do infuzji w 1. i 2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia</p>	<p><b>2.3. wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</b></p>
<p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</p> <p>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanego statusu <i>IgHV</i>.</p>		
<p><b>1.2.3. obinutuzumab w skojarzeniu z chlorambucylem</b></p>		
<p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;</p> <p>2) wyniki parametrów:</p>		



<p>a) CrCl (klirens kreatyniny): &gt; 30ml/min oraz &lt; 70 ml/min lub</p> <p>b) liczba punktów wg skali CIRS &gt; 6;</p> <p>3) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych;</p> <p>4) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny.</p> <p><b>1.2.4. wenetoklaks w skojarzeniu z obinutuzumabem</b></p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+;</p> <p>2) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych.</p> <p><b>1.2.5. zanubrutynib w monoterapii</b></p> <p>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</p> <p>2) przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia z wykorzystaniem schematu FCR (<i>fludarabina, cyklofosfamid, rytuksymab</i>) zdefiniowane jako:</p> <p>a) wiek 65 lat i powyżej albo</p> <p>b) wiek 18-64 lat i obecność co najmniej jednego z poniższych parametrów:</p> <p>– CrCl (klirens kreatyniny) <math>\geq</math> 30 ml/min oraz &lt; 70 ml/min</p>	<p>(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.</p> <p><u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu.</p> <p><b>1.5. zanubrutynib w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka <i>zanubrutynibu</i> wynosi 320 mg na dobę.</p> <p>Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.</p> <p><b>1.6. ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem</b></p> <p><u>Ibrutynib (cykle 1-15):</u> Zalecana dawka <i>ibrutynibu</i> wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę.</p> <p><u>Wenetoklaks (cykle 4-15):</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p>	<p>1) badania wykonywane w trakcie leczenia <i>obinutuzumabem</i> i <i>wenetoklaksem</i> (cykle 1-6) – przed każdym podaniem <i>obinutuzumabu</i>:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</p> <p>f) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),</p> <p>g) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),</p> <p>h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6),</p> <p>i) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (przed rozpoczęciem cykli 3-6);</p> <p>2) badania wykonywane w trakcie dostosowywania dawki <i>wenetoklaksu</i> (od 22. dnia cyklu 1., a następnie co 1 tydzień przez 5 tygodni):</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</p> <p>f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</p> <p>g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>3) badanie wykonywane w cyklach 7-12, przed rozpoczęciem każdego cyklu – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p>
---	---	--

<p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba punktów wg skali CIRS &gt; 6</li> </ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– wystąpienie w ciągu ostatnich 2 lat <math>\geq 1</math> ciężkiej infekcji (wymagającej hospitalizacji lub pozajelitowej antybiotykoterapii) lub <math>\geq 3</math> infekcji (wymagających doustnej antybiotykoterapii) potwierdzonych w dokumentacji medycznej pacjenta.</li> </ul> <p><b>1.2.6. ibrutinib w skojarzeniu z wenetoklaksem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej.</li> </ul> <p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia</b></p> <p><b>1.3.1. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</li> <li>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</li> </ul> <p><b>1.3.2. ibrutinib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</li> </ul>	<p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><i>Wenetoklaks</i> podaje się pierwszy raz w 1. dniu czwartego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Następnie dawkę 400 mg podaje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 15.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) badania wykonywane przed rozpoczęciem cyklu 9 i 12: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</li> <li>c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</li> <li>d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</li> <li>e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</li> <li>f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>g) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.</li> </ul> </li> </ul> <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.4. ibrutinib w skojarzeniu z wenetoklaksem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu (przed rozpoczęciem każdego cyklu): <ul style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> </ul> </li> <li>2) badania wykonywane co 3 miesiące (tj. przed rozpoczęciem cyklu 4, 7, 10 i 13): <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</li> <li>c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</li> <li>e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</li> <li>f) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</li> <li>g) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</li> <li>h) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> </ul> </li> <li>3) badania wykonywane przed pierwszym podaniem <i>wenetoklaksu</i> oraz co tydzień przez okres dostosowania dawki:</li> </ul>
--	--	---

<p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p> <p><b>1.3.3. akalabrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</b></p> <p>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</p> <p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p> <p><b>1.3.4. wenetoklaks w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53, u których nie powiodło się leczenie inhibitorem BTK</b></p> <p>1) niepowodzenie po leczeniu inhibitorem BTK;</p> <p>2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p> <p><b>1.3.5. zanubrutynib w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53 oraz dla chorych bez delecji 17p lub mutacji TP53</b></p> <p>1) przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu;</p> <p>2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).</p>	<p><b>1.7. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem</b></p> <p><b>Wenetoklaks:</b> Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>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.</p>	<p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</p> <p>f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</p> <p>g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p> <p>4) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla ibrutynibu okresowe badania:</p> <p>a) EKG w celu wykrycia migotania przedsionków.</p> <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.5. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem lub wenetoklaks w monoterapii</b></p> <p>1) badania wykonywane przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</p> <p>d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</p> <p>f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi;</p> <p>2) badanie wykonywane po okresie dostosowywania dawki wenetoklaksu co 1 miesiąc – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p>
--	---	--

<p><b>1.4.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem</i> – leczenie trwa maksymalnie do 6 cykli;</li><li>2) <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem</i> – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli <i>wenetoklaks</i> podawany jest wraz z <i>obinutuzumabem</i>, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) <i>wenetoklaks</i> podawany jest w monoterapii;</li><li>3) <i>ibrutinibem w skojarzeniu z wenetoklaksem</i> – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 15 cykli po 28 dni, przy czym przez 3 pierwsze cykle <i>ibrutinib</i> podawany jest w monoterapii, natomiast przez kolejne 12 cykli (od 4 do 15 cyklu) <i>ibrutinib</i> podawany jest wraz z <i>wenetoklaksem</i>;</li><li>4) <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem</i> – leczenie trwa maksymalnie do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg <i>wenetoklaksu</i> i podania <i>rytuksymabu</i> w 1. dniu 1. cyklu, przy czym <i>rytuksymab</i> stosowany jest przez 6 cykli.</li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>	<p>Leczenie <i>wenetoklaksem</i> w dawce 400 mg powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia <i>rytuksymabem</i> i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania <i>rytuksymabu</i> w 1. dniu 1. cyklu.</p> <p><u>Rytuksymab</u>: Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia <i>rytuksymabem</i> następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki <i>wenetoklaksu</i> (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa <i>rytuksymabu</i> w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.</p> <p><b>1.8. wenetoklaks w monoterapii</b></p> <p>Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <p><u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</p>	<p>3) badania wykonywane po okresie dostosowywania dawki <i>wenetoklaksu</i> co 3 miesiące:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi,</li><li>c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi,</li><li>d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi,</li><li>e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi,</li><li>f) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li><li>h) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia powinny być przeprowadzane co 3 miesiące, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą (w przypadku leczenia <i>ibrutinibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i>):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li><li>2) badania obrazowe: USG jamy brzusznej lub TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (potrzeba wykonania badań obrazowych i ich rodzaj - do decyzji lekarza w zależności od sytuacji klinicznej);</li><li>3) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku przy potwierdzeniu całkowitej remisji lub w przypadku cytopenii o nieokreślonej przyczynie.</li></ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań</p>
--	--	--

<ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) – w przypadku terapii <i>wenetoklaksem</i> w połączeniu z przeciwciałem anti-CD20;</li><li>5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii – w przypadku terapii z zastosowaniem <i>wenetoklaksu</i> w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anti-CD20 albo <i>ibrutynibem</i>;</li><li>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol>	<p><u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:<ol style="list-style-type: none"><li>a) całkowita odpowiedź (CR),</li><li>b) częściowa odpowiedź (PR),</li><li>c) częściowa odpowiedź z limfocytosą (PR-L) – w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i>,</li><li>d) choroba stabilna (SD),</li><li>e) brak odpowiedzi (NR),</li><li>f) progresja choroby (PD),</li><li>g) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</li><li>h) przeżycie całkowite (OS);</li></ol></li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej</li></ol>
--	--	---

---

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

Załącznik B.81.

**LECZENIE CHORYCH NA NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE Ph (-) (ICD-10:D45, D47.1)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na niżej wskazane nowotwory mieloproliferacyjne Filadelfia ujemne, Ph (-), udostępnia się terapie:</p> <p>1) chorym na pierwotną mielofibrozę (PMF) lub mielofibrozę w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) lub mielofibrozę w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF):</p> <p>a) <i>ruksołitynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej), albo</p> <p>b) <i>fedratynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni <i>ruksołitynibem</i>);</p> <p>2) chorym na czerwienicę prawdziwą (PV):</p> <p>a) <i>ruksołitynibem</i> (chorzy z opornością lub nietolerancją na leczenie <i>hydroksymocznikiem</i>), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególnej terapii.</p>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p><b>1.1. ruksołitynib</b></p> <p><b>1.1.1. w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>ruksołitynibu</i> jest ustalana na podstawie liczby płytek krwi zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, w zakresie od 5 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 10 mg) do 20 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 40 mg).</p> <p>Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę.</p> <p>Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) trepanobiopsja szpiku:</p> <p>a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją (badanie dotyczy chorych, którzy wcześniej nie byli leczeni inhibitorami kinazy janusowej),</p> <p>b) w przypadku chorych na PV – tylko w uzasadnionych sytuacjach klinicznych;</p> <p>2) USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziony;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem mikroskopowym;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>8) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>9) dodatkowo w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:</p> <p>a) oceny wielkości śledziony,</p>

<p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> <li>5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</li> <li>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem lub fedratynibem chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pierwotnej mielofibrozy (PMF) albo</li> <li>b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF) albo</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1.1.2. w leczeniu chorych na PV</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa <i>ruksolitynibu</i> wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg).</p> <p>Jeśli leczenie zostanie uznane za mało skuteczne, a morfologia krwi będzie odpowiednia, można zwiększać dawkę maksymalnie o 5 mg dwa razy na dobę, do maksymalnej dawki 25 mg dwa razy na dobę.</p> <p>Dawki początkowej nie należy zwiększać w ciągu pierwszych czterech tygodni leczenia, a w późniejszym okresie nie należy tego robić częściej niż w odstępach 2-tygodniowych.</p> <p><b>1.2. fedratynib w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF</b></p> <p>Zalecana dawka <i>fedratynibu</i> wynosi 400 mg doustnie podawana 1 raz na dobę.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– poty nocne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– utrata masy ciała (<math>&gt;10\%</math> w okresie ostatnich 6 miesięcy) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– gorączka o nieznannej etiologii (<math>&gt;37,5^{\circ}\text{C}</math>) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– bóle kostne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– świąd (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>– zmęczenie (<math>\geq 4</math> pkt);</li> </ul> <p>10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia <i>ruksolitynibem</i> – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);</p> <p>11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia <i>fedratynibem</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia amylazy,</li> <li>b) oznaczenie stężenia lipazy,</li> <li>c) oznaczenie stężenia tiaminy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1. ruksolitynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF oraz u chorych na PV</b></p> <p>1) badania wykonywane co 2-4 tygodnie, aż do czasu ustabilizowania dawki <i>ruksolitynibu</i>, (a w przypadku pacjentów z niewydolnością wątroby badania wykonuje się co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby), po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdym kolejnych 6 miesiącach leczenia:</p>
--	--	--



<p>c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF)</p> <p>- zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) oraz IWG-MRT (do rozpoznania wymagany jest wynik badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku);</p> <p>2) pacjenci z grupy ryzyka:</p> <p>a) pośredniego – 2 albo</p> <p>b) wysokiego</p> <p>- wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System) dla pacjentów z noworozpoznaną PMF lub wg DIPSS (Dynamic International Prognostic Scoring System);</p> <p>3) liczba płytek krwi &gt;50 tysięcy/<math>\mu</math>l;</p> <p>4) splenomegalia (powiększenie śledziony w badaniu ultrasonograficznym) lub wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS:</p> <p>a) poty nocne (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>b) utrata masy ciała (&gt;10% w okresie ostatnich 6 miesięcy) (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>c) gorączka o nieznannej etiologii (&gt;37,5°C) (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>d) bóle kostne (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>e) świąd (<math>\geq 4</math> pkt),</p> <p>f) zmęczenie (<math>\geq 4</math> pkt);</p> <p>5) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia:</p> <p>a) <i>rukсолитынibem</i> – brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej,</p>		<p>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi.</p> <p>Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2. fedratynibem u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF</b></p> <p>1) badania wykonywane co miesiąc przez pierwsze 3 miesiące, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym) (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>f) oznaczenie stężenia amylazy,</p> <p>g) oznaczenie stężenia lipazy,</p> <p>2) badanie do decyzji lekarza (zarówno konieczność jak i częstotliwość wykonania badania) – oznaczenie stężenia tiaminy.</p>
--	--	---

b) *fedratynibem* - brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem *ruksolitynibu*.

### 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem chorych na PV

- 1) rozpoznanie czerwienicy prawdziwej (PV) zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (Światowej Organizacji Zdrowia);
- 2) wykazanie oporności lub nietolerancji na leczenie *hydroksymocznikiem* według aktualnych kryteriów European LeukemiaNet u chorych z grupy wysokiego ryzyka.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

### 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby według aktualnych rekomendacji, w tym transformacja do mielofibrozy (w przypadku PV), zespołów mielodysplastycznych lub ostrej białaczki, niezależnie od czasu jej wystąpienia;

Dopuszczalne jest także częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych.

### 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

#### 3.1. w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF

1) badania wykonywane po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdym kolejnych 6 miesiącach leczenia – badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:

- a) oceny wielkości śledziona,
- b) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS:
  - poty nocne ( $\geq 4$  pkt),
  - utrata masy ciała ( $>10\%$  w okresie ostatnich 6 miesięcy) ( $\geq 4$  pkt),
  - gorączka o nieznannej etiologii ( $>37,5^{\circ}\text{C}$ ) ( $\geq 4$  pkt),
  - bóle kostne ( $\geq 4$  pkt),
  - świąd ( $\geq 4$  pkt),
  - zmęczenie ( $\geq 4$  pkt);

2) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdym kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziona (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona).

#### 3.2. w przypadku PV

1) badanie wykonywane po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdym kolejnych 6 miesiącach leczenia – USG jamy brzusznej wraz z oceną wymiarów śledziona (dotyczy

<p>2) brak lub utrata odpowiedzi na leczenie rozumiane jako:</p> <p>a) w przypadku chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziona – po 3 miesiącach leczenia (dotyczy jedynie pacjentów nieleczonych wcześniej inhibitorami kinazy janusowej, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona <math>\geq 5</math> cm poniżej lewego łuku żebrowego),</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej śledziona, o co najmniej 25% długości jej wyjściowego powiększenia obserwowanego w momencie kwalifikacji – po 6 miesiącach leczenia (dotyczy pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona <math>\geq 5</math> cm poniżej lewego łuku żebrowego),</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po:<ul style="list-style-type: none"><li>i. 3 miesiącach leczenia</li></ul></li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>ii. 6 miesiącach leczenia</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>iii. każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia,</li></ul> <p>b) w przypadku chorych na PV – brak korzyści klinicznej po co najmniej 6 miesiącach leczenia (np. trwałej stabilizacji hematokrytu <math>&lt; 45\%</math> i konieczności wykonywania krwiopustów lub trwałej normalizacji liczby krwinek</p>		<p>tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona).</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:<ol style="list-style-type: none"><li>a) w przypadku PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF:<ul style="list-style-type: none"><li>– całkowita remisja (CR),</li><li>– częściowa remisja (PR),</li><li>– poprawa kliniczna (CI),</li><li>– stabilizacja choroby (SD),</li><li>– odpowiedź w zakresie niedokrwistości,</li><li>– odpowiedź śledziona,</li><li>– odpowiedź w zakresie objawów ogólnych,</li><li>– progresja choroby (PD),</li></ul></li><li>b) w przypadku PV:</li></ol></li></ol>
--	--	--

<p>białych &lt;10 G/l lub płytek krwi <math>\leq</math> 400 G/l lub ustąpienie objawów związanych z PV lub zmniejszenie albo normalizacja wymiarów śledziony i wątroby (jeśli wyjściowo były powiększone);</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p>W przypadku kwalifikacji do leczenia <i>fedratynibem</i> po wcześniejszym leczeniu <i>ruksolitynibem</i> u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF kryteria wyłączenia są jednocześnie kryteriami zmiany inhibitora kinazy janusowej z <i>ruksolitynibu</i> na <i>fedratynib</i>, o ile nie stanowią przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia <i>fedratynibem</i>.</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>– całkowita remisja (CR),</li><li>– częściowa remisja (PR),</li><li>– brak odpowiedzi (NR),</li><li>– progresja choroby (PD),</li></ul> <p>c) przeżycie wolne od progresji choroby (PFS),</p> <p>d) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

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
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>certolizumabem pegol</i>,</li> <li>2) <i>etanerceptem</i>,</li> <li>3) <i>iksekizumabem</i>,</li> <li>4) <i>sekukinumabem</i>,</li> <li>5) <i>upadacytynibem</i>,</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci z przewlekłym bólem krzyża trwającym &gt; 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 ścięgniastych z rozpoznaniem</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1) certolizumab pegol,</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 400 mg (podana jako 2 podskórne wstrzyknięcia po 200 mg każde) w tygodniach 0., 2. i 4;</li> <li>b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 200 mg co 2 tygodnie lub 400 mg co 4 tygodnie.</li> </ol> <p><b>2) etanercept,</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 25 mg dwa razy w tygodniu lub 50 mg raz w tygodniu.</li> </ol> <p><b>3) iksekizumab,</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 160 mg (dwa wstrzyknięcia po 80 mg) we wstrzyknięciach podskórnych w tygodniu 0,</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie antygeny HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;</li> <li>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</li> <li>3) oznaczenie płytek krwi (PLT);</li> <li>4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</li> <li>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</li> </ol>

<p>spondyloartropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS</p> <p>oraz</p> <p>z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie:</p> <p>a) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce,</p> <p>b) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej,</li> <li>- metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej,</li> </ul> <p>przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów,</p> <p>c) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów;</p> <p>lub</p> <p>2) pacjenci z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie chorych z spondyloartropatią (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD – 10 M46.8)”, u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma</p>	<p>b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 80 mg co 4 tygodnie.</p> <p><b>4) sekukinumab</b></p> <p>a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg we wstrzyknięciu podskórnym w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4.;</p> <p>b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg co miesiąc.</p> <p><b>5) upadacytynib</b></p> <p>a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 15 mg raz na dobę.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania</b></p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.</p> <p>U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu lub upadacytynibu łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.</p>	<p>11) obecność antygenu HBs;</p> <p>12) przeciwciała anty-Hbc;</p> <p>13) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram)- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem;</p> <p>16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>17) EKG z opisem;</p> <p>18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych;</p> <p>19) MR stawów krzyżowo-biodrowych.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) i 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <p>1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</p> <p>2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);</p>
--	---	--

<p>inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego;</p> <p>3) aktywną postać choroby w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:</p> <p>a) wartość wskaźnika BASDAI <math>\geq 4</math> lub ASDAS <math>\geq 2,1</math> w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,</p> <p>b) ból kręgosłupa <math>\geq 4</math> oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,</p> <p>c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– obraz kliniczny choroby,</li> <li>– czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,</li> <li>– wyniki badania wskaźników ostrej fazy,</li> <li>– wyniki badań obrazowych,</li> <li>– status aktywności zawodowej,</li> <li>– występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,</li> <li>– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgniastych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia,</li> </ul> <p>oraz ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS;</p> <p>4) aktywną postać choroby w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgniastych stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:</p>	<p><b>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych</b></p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowaniem leczenia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytnibem;</p> <p>oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc).</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p>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</p>
---	--	--

<p>a) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</p> <p>oraz</p> <p>b) liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni</p> <p>oraz</p> <p>c) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>d) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta</p> <p>oraz</p> <p>e) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi – więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– obraz kliniczny choroby,</li><li>– czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,</li><li>– wyniki badania wskaźników ostrej fazy,</li><li>– wyniki badań obrazowych,</li><li>– status aktywności zawodowej,</li><li>– występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,</li></ul>		<p>zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez</li></ol>
--	--	--



<p>– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgniowych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostreniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia;</p> <p>5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;</p> <p>6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Adekwatna odpowiedź na leczenie</b></p>		<p>OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	--

<p>1) w przypadku postaci osiowej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI <math>\geq 50\%</math> lub <math>\geq 2</math> jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o <math>50\%</math> lub <math>\geq 1,1</math> jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,</li><li>b) po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI <math>&lt; 3</math> albo ASDAS <math>&lt; 1,3</math>;</li></ul> <p>2) w przypadku postaci obwodowej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej <math>30\%</math> w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,</li><li>b) po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej <math>50\%</math> w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza.</li></ul> <p><b>3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną</b></p> <p>1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub</li><li>b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub</li></ul>		
--	--	--

<p>c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>2) w ramach programu lekowego dotyczącego leczenia nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż pięciu leków, w tym czterech leków biologicznych i upadacytynibu, w tym dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz dwóch inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab);</p> <p>3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie;</p> <p>4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.</p> <p><b>4. Czas leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1)b) lub 2)b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) terapii nie jest możliwe.</p> <p><b>5. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.;</p>		
---	--	--

- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 2. stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

#### **6. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;
- 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

Załącznik B.85.

## LECZENIE PACJENTÓW Z GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10: C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.5, C25.6, C25.7, C25.8, C25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie przerzutowego gruczolaka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych);</li> <li>2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej;</li> <li>3) wiek 18 lat lub powyżej;</li> <li>4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby);</li> <li>5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX;</li> <li>6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia;</li> <li>7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek;</li> </ol>	<p><b>1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie</b></p> <p>Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną.</p> <p>Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2</b></p> <p><b>2.1. Dawkowanie</b></p> <p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w postaci tabletek.</p> <p>Rozpoczęcie leczenia olaparybem - do 8 tygodni od ostatniej dawki chemioterapii zawierającej związku platyny.</p>	<p><b>1. Terapia pacjentów nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TK brzucha i miednicy;</li> <li>2) RTG lub TK klatki piersiowej;</li> <li>3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów;</li> <li>4) morfologia krwi;</li> <li>5) poziom AspAT i AlAT;</li> <li>6) stężenie bilirubiny;</li> <li>7) stężenie kreatyniny;</li> <li>8) EKG.</li> </ol> <p>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.</p>

<p>a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych,</p> <p>b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych;</p> <p>8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa.</p> <p>Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, leczeni <i>Paclitaxelum albuminatum</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ.</p> <p><b>1.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii</b></p> <p>Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) liczba neutrofilów mniejsza niż 1 500 w mm<sup>3</sup> lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm<sup>3</sup>;</li><li>2) ciąża;</li><li>3) laktacja.</li></ol> <p><b>1.3. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie.</p> <p>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Z programu wyłączeni są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p>		<p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi,</li><li>b) poziom AspAT i AlAT,</li><li>c) stężenie bilirubiny,</li><li>d) stężenie kreatyniny,</li></ol>oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta;</li><li>2) co 2 cykle leczenia wykonuje się:<ol style="list-style-type: none"><li>a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej,</li><li>b) RTG lub TK klatki piersiowej,</li><li>c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych,</li><li>d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT;</li></ol></li><li>3) EKG w zależności od wskazań klinicznych.</li></ol> <p><b>2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) badanie RTG klatki piersiowej, jeśli TK/MRI (pkt.1) nie obejmowało tej okolicy ciała;</li><li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>4) oznaczenie w surowicy stężenia:</li></ol>
--	--	--

<p>1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych;</p> <p>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;</p> <p>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p><b>2. Terapia olaparybem pacjentów z mutacjami dziedzicznymi w genach BRCA1/BRCA2</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) rozpoznanie gruczolakoraka trzustki, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie:</p> <p>a) u chorych w stadium rozsiewu poddanych chemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny</p> <p>lub</p> <p>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);</p> <p>2) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1/BRCA2 potwierdzone w badaniu NGS(<i>Next Generation Sequencing</i>)- jeśli badanie u pacjenta zostało wykonane wcześniej, możliwe jest wykorzystanie badania wykonanego inną metodą niż NGS;</p>		<p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny;</p> <p>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</p> <p>6) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia w surowicy:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny;</p> <p>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</p> <p>4) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się co miesiąc.</p> <p><b>2.3. Monitorowanie skuteczności</b></p> <p>1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>2) RTG klatki piersiowej, jeśli nie była wykonana TK/ RMI (zgodnie z pkt. 1);</p> <p>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:</p> <p>a) przed upływem 4 miesięcy terapii od dnia jej rozpoczęcia u wszystkich zakwalifikowanych do programu lub wcześniej w przypadku wskazań klinicznych,</p> <p>b) następnie w zależności od wskazań klinicznych, nie rzadziej niż co 3 miesiące; z możliwością dwutygodniowego opóźnienia daty wykonania w</p>
---	--	---

<p>3) odpowiedź całkowita (CR), częściowa (PR) lub stabilizacja choroby (SD) po chemioterapii zawierającej pochodne platyny zastosowanej jako pierwsza linia leczenia paliatywnego. Pacjenci powinni otrzymywać co najmniej 16 tygodni terapii opartej na związkach platyny i pozostać bez oznak progresji choroby do momentu włączenia olaparybu;</p> <p>4) ECOG 0-1;</p> <p>5) wiek 18 lat lub powyżej;</p> <p>6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem oraz wskaźniki czynności wątroby i nerek umożliwiające leczenie zgodnie z ChPL Lynparza tabletki.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>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.</p> <p><b>2.2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do terapii</b></p> <p>Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci z przeciwwskazaniami do stosowania olaparybu.</p> <p><b>2.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów wyłączenia.</p> <p>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego i dopuszczalne jest na okres maksymalnie 28 dni.</p>		<p>przypadku uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia.</p> <p>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
---	--	--



<p><b>2.4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia, co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby wg aktualnych kryteriów RECIST;</li><li>2) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu <math>\geq 3</math> według klasyfikacji NCI CTC;</li><li>3) istotne i długotrwałe pogorszenie jakości życia lub stanu sprawności ogólnej w stosunku do wartości wyjściowych.</li></ol>		
---	--	--

Załącznik B.86.

**LECZENIE PACJENTÓW Z WRODZONYMI ZESPOŁAMI AUTOZAPALNYMI (ICD-10: E85, R50.9, D89.8, D89.9)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich - 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.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p>Wrodzone zespoły autozapalne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li>– noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skóro-stawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome),</li> <li>– zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome),</li> <li>– zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome);</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania obowiązkowe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonia, ferrytyna,</li> <li>b) morfologia krwi pełna z rozmazem,</li> <li>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen,</li> <li>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,</li> <li>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny,</li> <li>f) albuminy, proteinogram,</li> <li>g) ocena ciśnienia tętniczego,</li> <li>h) badanie ogólne moczu,</li> <li>i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV,</li> <li>j) RTG klatki piersiowej,</li> <li>k) USG jamy brzusznej.</li> </ul> <p><b>1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu,</li> </ul>

<p>b) inne wrodzone zespoły autozapalne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1,</li><li>– FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny;</li></ul> <p>c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– zespół Schnitzler;</li></ul> <p>d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich - 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.</p> <p><b>3. Zakończenie leczenia w programie</b></p> <p>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę;</li><li>b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia;</li><li>c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny &lt; 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich - Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego;</li></ul>		<p>b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN),</p> <p>c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka),</p> <p>d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca,</p> <p>e) konsultacja stomatologiczna,</p> <p>f) DZM na białko.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>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.</p> <p>Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie SMPT karty monitorowania terapii.</p> <p><b>2.1. Badania obowiązkowe</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA),</li><li>b) morfologia krwi pełna z rozmazem,</li><li>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen,</li><li>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP,</li></ul>
---	--	--

<p>d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.</p>		<p>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny, f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu, g) ocena ciśnienia tętniczego.</p> <p><b>2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarazadkich – Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego lub lekarza prowadzącego</b></p> <p>Badania kontrolne wymienione poniżej należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzonych u pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia:</p> <p>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).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>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</p>
---	--	--

---

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

Załącznik B.87.

**LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu</i>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wiek powyżej 18. roku życia;</li> <li>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;</li> <li>3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;</li> <li>4) FVC powyżej 50% wartości należnej;</li> <li>5) DLco powyżej 30%;</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie w programie prowadzone jest do czasu spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Spirometria;</li> <li>2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco);</li> <li>3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości);</li> <li>4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ;</li> <li>5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;</li> <li>6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy;</li> <li>7) Klirens kreatyniny endogennej;</li> <li>8) Morfologia krwi.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Spirometria;</li> <li>b) DLco</li> <li>c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Progresa choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia.</li> <li>2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie;</li> <li>4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy;</li> <li>5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby;</li> <li>6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii;</li> <li>7) Ciąża i karmienie piersią;</li> <li>8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca.</li> <li>9) Brak zgody na leczenie</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy;</li> <li>3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące;</li> </ol> </li> <li>4) Morfologia krwi co 6 miesięcy.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>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;</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li> </ol>
<b><i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu</i></b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li> <li>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;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy;</li> <li>2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;</li> </ol>

<p>c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;</p> <p>d) FVC <math>\geq</math> 50% wartości należnej;</p> <p>e) pojemność dyfuzyjna płuc DL<sub>CO</sub> powyżej 30%;</p> <p>f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a. nadwrażliwość na lek,</li><li>b. ciąża,</li><li>c. karmienie piersią,</li><li>d. inne przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</li></ul> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze;</li><li>3) ciąża lub karmienie piersią;</li><li>4) przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li><li>5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>3) badanie spirometryczne;</li><li>4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL<sub>CO</sub></li><li>5) morfologia krwi;</li><li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego;</li><li>7) 12-odprowadzeniowe EKG.</li></ul> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) badanie spirometryczne co 6 m-cy;</li><li>2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy;</li><li>3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL<sub>CO</sub> co 6 m-cy;</li><li>4) morfologia krwi co 6 miesięcy,</li><li>5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie;</li><li>6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy.</li></ul> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li></ul>
--	--	--



<p>toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

Załącznik B.88.

**LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY (ICD-10: C44)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się dwie linie leczenia zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry (BCC) substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wismodegib;</li> <li>2) cemiplimab.</li> </ol> <p>W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie pacjentów z zastosowaniem inhibitora szlaku Hedgehog (wismodegib), u których stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwwskazania do radioterapii.</li> </ol> <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia:</p>	<p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p> <p><b>1. Wismodegib</b></p> <p>Zalecana dawka wismodegibu wynosi 150 mg, przyjmowana raz na dobę.</p> <p><b>2. Cemiplimab</b></p> <p>Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami;</li> <li>2) potwierdzenie patomorfologiczne progresji tylko w przypadku, gdy dotyczy ona pojawienia się innych – niż stwierdzone wcześniej – ognisk nowotworu - dotyczy terapii cemiplimabem;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>9) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>10) oznaczenie TSH, FT4 – dotyczy terapii cemiplimabem;</li> <li>11) test na HIV, HCV, HBV – dotyczy terapii cemiplimabem;</li> <li>12) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li> </ol>

<p>1) leczenie pacjentów z zastosowaniem immunoterapii (cemiplimab), u których stwierdzono progresję choroby lub nietolerancję w trakcie terapii inhibitorem szlaku Hedgehog.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) rak podstawnocomórkowy skóry z przerzutami odległymi lub miejscowo zaawansowany u pacjentów, u których nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub</li><li>b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym;</li></ul> <p>2) histopatologiczne potwierdzenie przerzutów odległych jako ognisk raka podstawnocomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnocomórkowego;</p> <p>3) wiek <math>\geq 18</math> roku życia;</p> <p>4) stan sprawności 0-2 wg ECOG;</p> <p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>6) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;</p> <p>7) przestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej ChPL przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną ChPL;</p>		<p>13) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);</p> <p>14) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych;</p> <p>15) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li><li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>5) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>8) oznaczenie TSH i FT4 -dotyczy terapii cemiplimabem;</li><li>9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li><li>10) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li></ul> <p>Badania wykonuje się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) pierwsze badanie do końca 6 tygodnia od rozpoczęcia leczenia, następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni – przed decyzją o kontynuowaniu leczenia – w przypadku terapii wismodegibem;</li></ul>
---	--	--

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO);
- 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;
- 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
- 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;

- 2) przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9-12 tygodni (3 cykle) – w przypadku terapii cemiplimabem.

## 3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia

- 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);
- 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru (w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST);
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się:

- a) nie rzadziej niż co 8 tyg. w przypadku terapii wismodegibem;
- b) nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) w przypadku terapii cemiplimabem

oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO).

W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji

<p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),</li><li>b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),</li><li>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).</li></ul>		<p>pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,</li><li>– stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),</li><li>– całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</li></ul> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</li></ol>
---	--	--

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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie kliniczne stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. <i>Pediatr Neurol.</i> 2013;49:243-54).</p> <p><b>Kryteria większe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. angiofibroma twarzy (<math>\geq 3</math>) lub płaskie włókniaki głowy;</li> <li>2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (<math>\geq 2</math>);</li> <li>3. znamiona bezbarwne (<math>\geq 3</math>, o średnicy co najmniej 5 mm);</li> <li>4. ogniska skóry szagrynowej;</li> <li>5. mnogie hamartoma siatkówki;</li> <li>6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines);</li> <li>7. guzki podwyściółkowe mózgu;</li> <li>8. gwiazdziak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>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:</p> $pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$ <p>Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m<sup>2</sup> pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego.</li> <li>2) Badanie morfologii krwi z rozmazem.</li> <li>3) Badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) aktywność transaminaz wątrobowych,</li> <li>b) stężenie bilirubiny,</li> <li>c) stężenie kreatyniny,</li> <li>d) stężenie glukozy,</li> <li>e) stężenie lipidów na czczo.</li> </ol> </li> <li>4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV.</li> <li>5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy.</li> <li>6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p>

<p>(SEGA);</p> <p>9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma);</p> <p>10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis);</p> <p>11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek.</p> <p><b>Kryteria mniejsze:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mnogie ubytki szkliwa (&gt;3);</li> <li>2. włókniaki jamy ustnej (≥2);</li> <li>3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji;</li> <li>4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch);</li> <li>5. plamy na skórze typu „confetti” ;</li> <li>6. mnogie torbiele nerek.</li> </ol> <p>Rozpoznanie stwardnienia guzowego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze.</p> <p>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.</p> <p>3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST.</p> <p>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</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.</p> <p><b>Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych</b></p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie morfologii krwi z rozmazem,</li> <li>b) podstawowe badania biochemiczne: <ul style="list-style-type: none"> <li>— aktywność transaminaz wątrobowych,</li> <li>— stężenie bilirubiny,</li> <li>— stężenie kreatyniny,</li> <li>— stężenie glukozy,</li> <li>— lipidogram na czczo.</li> </ul> </li> </ol> <p>4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych.</p> <p>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.</p> <p>6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby</p>
---	--	---

<p>oddziały NFZ.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA.</p> <p>2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz &gt;2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu &gt;1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy &gt;1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny &lt; 9 g/dl, liczba płytek krwi &lt;80 000/mm<sup>3</sup>, całkowita liczba neutrofilów &lt;1 000 /mm<sup>3</sup>).</p> <p>3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu.</p> <p>4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C.</p> <p>5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia.</p> <p>6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy &gt;300 mg/dl i stężenie triglicerydów</p>	<p><b>oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</b></p>	<p>typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu:</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--



<p>na czczo <math>&gt;2.5</math> x górna granica normy.</p> <p>7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako <math>HbA1c &gt; 8g/dl</math>.</p> <p>8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu.</p> <p>9) Chore w ciąży lub karmiące piersią.</p> <p>10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria).</p> <p>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 (oceniwana według skali RECIST).</p> <p>12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego</p> <p>13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami.</p>		
---	--	--

Załącznik B.90.

**LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10: G.20)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie choroby Parkinsona w oparciu o aktualne <i>MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease</i>;</li> <li>2) czas trwania choroby <math>\geq 5</math> lat;</li> <li>3) wcześniejsze leczenie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) w przypadku kwalifikacji do leczenia karbidopą+lewodopą: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co najmniej 3 lekami lub nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków (w ocenie neurologa posiadającego doświadczenie w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona),</li> <li>b) w przypadku kwalifikacji do leczenia apomorfina dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny oraz lewodopy z karbidopą należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie <i>off/on</i> z uciążliwymi dyskinezami), udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni;</li> <li>2) test z odstawieniem lewodopy z wykonaniem III części MDS UPDRS;</li> <li>3) ocena neuropsychologiczna: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) psychometryczna ocena nastroju (metoda pierwszego wyboru: Inwentarz Depresji Becka (aktualne wydanie), w razie braku możliwości wiarygodnej samooceny stanu emocjonalnego z uwagi na nasilenie zaburzeń poznawczych – ocena na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego przeprowadzanego przez klinicystę (lekarza prowadzącego lub psychologa) z wykorzystaniem skali Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS,</li> <li>b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination-III), w przypadku uzasadnionego podejrzenia otępienia w stadium umiarkowanym (wynik ACE-III &lt;61) pogłębiona diagnostyka;</li> </ol> </li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol>

farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona;

- 4) łączny czas trwania stanów *off*  $\geq 2$  godz. przy jednoczesnej obecności uciążliwych dyskinez szczytu dawki  $\geq 1$  godz. w czasie czuwania w ciągu całej doby (występowanie fluktuacji ruchowych i dyskinez oraz czas ich trwania powinny być udokumentowane w dzienniczku Hausera dla 3 kolejnych dni);
- 5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem *off/on* wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia);
- 6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy.

## 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym.

## 3. Adekwatna odpowiedź na leczenie

W ciągu pierwszych 6 miesięcy ( $\pm 1$  miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami.

## 4. Kryteria wyłączenia

- 1) w przypadku zastosowania lewodopy z karbidopą, brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas

- 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
- 6) badanie układu krzepnięcia;
- 7) badanie obrazowe mózgowia (MRI lub jeśli są przeciwwskazania TK);
- 8) badanie EKG z oceną odstępu QT;
- 9) kwalifikacja przez chirurga lub gastroenterologa do PEG (w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopą z karbidopą).

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od rozpoczęcia leczenia należy wykonać:
  - a) morfologię krwi z rozmazem,
  - b) AspAT, AlAT,
  - c) badanie EKG z oceną odstępu QT (w przypadku terapii apomorfiną);oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany w stanie *off/on* z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni.

Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdym kolejnych 12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).
- 2) nie rzadziej niż raz na 3 miesiące wykonuje się konsultację neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą m.in. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia;
- 3) nie częściej niż raz na 12 miesięcy wykonuje się w zależności od decyzji lekarza prowadzącego następujące konsultacje:
  - a) konsultację gastroenterologiczną lub chirurgiczną (w przypadku terapii lewodopą z karbidopą);

<p>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 pożądaną efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie <i>off/on</i> z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;</li><li>3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących, pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku;</li><li>4) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG (w przypadku terapii lewodopą z karbidopą);</li><li>5) 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;</li><li>6) brak możliwości zapewnienia codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna lub brak współpracy pacjenta z opiekunem w zakresie obsługi pompy.</li></ol> <p><b>5. Czas leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>6. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną</b></p> <p>Zmiana leczenia na inną, wymienioną w programie substancję czynną, jest możliwa w następujących sytuacjach:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej</li></ol>		<p>b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfina).</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– adekwatna odpowiedź na leczenie (def: redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie <i>off/on</i> z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (<math>\pm 1</math> miesiąc) od rozpoczęcia leczenia).</li></ul> <p>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), w tym wskaźniki odpowiedzi na leczenie, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie</li></ol>
--	--	--

<p>odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;</p> <p>2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii.</p> <p>Kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona.</p>		<p>papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.95.

**LECZENIE CHORYCH Z ATYPOWYM ZESPOŁEM HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWYM (aHUS) (ICD-10: D59.3)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>ekulizumabem</i>,</li> <li>2) <i>rawulizumabem</i>,</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Do leczenia ekulizumabem lub leczenia dorosłych, młodzieży lub dzieci o masie ciała <math>\geq 10</math> kg rawulizumabem nie leczonych wcześniej ekulizumabem, kwalifikowani są pacjenci z rozpoznanym atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym i spełniający łącznie poniższe warunki:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) spełnienie jednego z kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> <li>- trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <math>&lt; 150 \times 10^9/L</math> lub <math>&gt; 25\%</math> spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie ekulizumabu i rawulizumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ekulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka początkowa maksymalna to podanie 900 mg, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie,</li> <li>b) dawka podtrzymująca maksymalna to podanie 1200 mg w piątym tygodniu, a następnie dawka 1200 mg co <math>14 \pm 2</math> dni.</li> </ol> </li> <li>2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka nasycająca maksymalna to podanie 3000 mg,</li> <li>b) dawka podtrzymująca maksymalna podana 2 tygodnie po dawce nasycającej to podanie 3600 mg co 8 tygodni.</li> </ol> </li> </ol> <p>Wydłużenie czasu między dawkami możliwe na podstawie uchwały Zespołu Koordynacyjnego</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych nie leczonych wcześniej ekulizumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR oraz u dorosłych z PLASMIC Score <math>\leq 5</math> (PS <math>\leq 5</math>) można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania;</li> <li>2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby;</li> <li>3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);</li> <li>5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty;</li> <li>6) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>7) badanie ogólne moczu;</li> <li>8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;</li> <li>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT);</li> <li>10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> <li>11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> </ol>

<p>krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna,</p> <p>lub</p> <p>– biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową,</p> <p>oraz</p> <p>b) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:</p> <p>– zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy &gt;górną granicą normy dla wieku,</p> <p>lub</p> <p>– hemodializa,</p> <p>lub</p> <p>– białkomocz/ albuminuria,</p> <p>lub</p> <p>– powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak: powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne;</p> <p>lub</p> <p>2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza;</p> <p>3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepienia nerki;</p> <p>U ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są:</p> <p>4) wyniki badań:</p> <p>a) aktywność ADAMTS-13 &gt;5%,</p> <p>b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;</p>	<p>pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia przy pomocy oznaczenia CH50.</p>	<p>12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</p> <p>13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</p> <p>14) w przypadku występowania u pacjentów:</p> <p>a) objawów neurologicznych</p> <p>– rezonans magnetyczny z angiografią,</p> <p>lub</p> <p>– tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego,</p> <p>b) objawów ze strony układu pokarmowego:</p> <p>– amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej,</p> <p>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:</p> <p>– troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub</p> <p>– cewnikowanie serca.</p> <p><b>1.2. Rawulizumabem u chorych leczonych uprzednio ekulizumabem</b></p> <p>1) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>2) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);</p> <p>3) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;</p> <p>4) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</p> <p>5) w przypadku występowania u pacjentów:</p> <p>a) objawów neurologicznych</p> <p>– rezonans magnetyczny z angiografią,</p>
--	---	--

<p>5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa</p> <p>a) po szczepieniu pacjenci powinni być ściśle monitorowani pod kątem objawów chorobowych, gdyż szczepienie może powodować dalszą aktywację dopełniacza,</p> <p>b) profilaktyka antybiotykowa powinna u tych pacjentów być prowadzona przez 14 dni od zaszczepienia pacjenta;</p> <p>6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</p> <p>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>9) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>		<p>lub</p> <p>– tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>b) objawów ze strony układu pokarmowego:</p> <p>– amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej,</p> <p>c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:</p> <p>– troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub</p> <p>– cewnikowanie serca.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia Monitorowanie terapii ekulizumabem</b></p> <p>1) w czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób &gt; 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL);</p> <p>2) począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci &lt;10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci &lt; 10kg, co 6 tygodni);</p> <p>3) po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci &lt; 10kg raz na 6 tygodni;</p> <p>4) po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 3 miesiące;</p> <p>5) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antiH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące;</p>
--	--	--



**1.2. do leczenia rawulizumabem kwalifikowani są pacjenci leczeni wcześniej ekulizumabem i spełniający łącznie poniższe warunki:**

- 1) atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy rozpoznany u pacjenta dorosłego, młodzieży lub dziecka o masie ciała  $\geq 10$  kg;
- 2) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 3 poprzednie miesiące, w trakcie których nastąpiła udokumentowana odpowiedź na stosowane leczenie;
- 3) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 4) jeśli u pacjenta dokonywana jest zamiana leczenia z ekulizumabu, lekarz powinien sprawdzić aktualność szczepienia przeciwko meningokokom według krajowych wytycznych w zakresie stosowania szczepionek;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

**2. Określenie czasu leczenia w programie**

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu

oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdym kolejnych 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

**2.2. Monitorowanie terapii rawulizumabem**

- 1) pierwsze 2 tygodnie leczenia – tj. podanie dawki nasycającej i pierwsze podanie dawki podtrzymującej monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1., przed każdą infuzją;
- 2) począwszy od 10 tygodnia – tj. podania drugiej dawki leczenia podtrzymującego monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1 przed każdą infuzją (co 8 tygodni). W przypadku dzieci z masą ciała pomiędzy 10 kg a 20 kg, począwszy od 6 tygodnia, wykonanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją tj. co 4 tygodnie;
- 3) po upływie 26 tygodni od rozpoczęcia terapii monitorowanie leczenia opisane jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 24 tygodnie;
- 4) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 24 tygodnie;

<p>świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) w pierwszym roku leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po kolejnych 6 miesiącach z uzupełnieniem badań genetycznych, a w kolejnych latach co 12 miesięcy;</p> <p>a) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby,</p> <p>b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu lub rawulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych;</p> <p>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;</p> <p>4) chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej;</p> <p>5) chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów kwalifikacji punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu lub rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.</p>		<p>oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach .</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania skuteczności leczenia, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie w trakcie czasowego przerwania leczenia</b></p> <p>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):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia);</li><li>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny i liczby płytek krwi.</li></ol> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li></ol>
--	--	---

<p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak efektu leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem poprzez utrzymywanie się objawów klinicznych lub laboratoryjnych będących podstawą zakwalifikowania pacjenta do leczenia (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia);</li><li>2) w przypadku leczenia rawulizumabem pacjenci o masie ciała &lt; 10 kg;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</li><li>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
---	--	--

Załącznik B.96.

**LECZENIE CHORYCH Z NOCNA NAPADOWA HEMOGLOBINURIĄ (PNH) (ICD-10 D59.5)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>ekulizumabem</i>,</li> <li>2) <i>rawulizumabem</i>,</li> <li>3) <i>pegcetakoplanem</i>,</li> </ol> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Leczenie ekulizumabem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH &gt;1% oznaczonego w badaniu</li> </ol>	<p><b>Dawkowanie</b> ekulizumabu, rawulizumabu i pegcetakoplanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Wydłużenie czasu między dawkami lub przerwanie podawania możliwe na podstawie decyzji Zespołu Koordynacyjnego pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia.</p> <p><b>1) ekulizumab</b>- podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dawka początkowa maksymalna to 600 mg w infuzji dożylniej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie,</li> <li>b) dawka podtrzymująca maksymalna to 900 mg w infuzji dożylniej w piątym tygodniu, a następnie dawka 900 mg w infuzji dożylniej co <math>14 \pm 2</math> dni.</li> </ol> <p><b>2) rawulizumab</b> - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylniej,</li> <li>b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylniej. Pierwszą dawkę</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie ekulizumabem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;</li> <li>2) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> <li>5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</li> <li>6) czas protrombinowy (PT);</li> <li>7) fibrynogen;</li> <li>8) odczyn Coombsa;</li> <li>9) oznaczenie grupy krwi;</li> <li>10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>11) stężenie mocznika w surowicy krwi;</li> <li>12) aktywność aminotransferazy asparaginoej (AspAT);</li> <li>13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);</li> <li>14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;</li> <li>15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;</li> <li>16) stężenie sodu w surowicy krwi;</li> </ol>

<p>cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:</p> <p>a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) <math>\geq 1,5</math> przekraczająca górną granicę normy (GGN),</li><li>• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:<ul style="list-style-type: none"><li>– niewydolność nerek,</li><li>– nadciśnienie płucne,</li><li>– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność;</li></ul></li></ul> <p>b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,</li><li>• zator tętnicy płucnej,</li><li>• zdarzenia mózgowo-naczyniowe,</li><li>• amputacja,</li><li>• zawał mięśnia sercowego,</li><li>• napad przemijającego niedokrwienia,</li><li>• niestabilna dławica piersiowa,</li><li>• zakrzepica żyły nerkowej,</li><li>• zakrzepica żył krezkowych,</li><li>• zakrzepica żyły wrotnej,</li><li>• zgorzel,</li><li>• ostre zamknięcia naczyń obwodowych;</li></ul> <p>2) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia</p>	<p>podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylniej co 8 tygodni.</p> <p><b>3) pegcetakoplan – podanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego</b></p> <p>a) dawka 1080 mg podawana w infuzji podskórnej dwa razy na tydzień,</p> <p>b) pacjentom, którzy zmieniają leczenie inhibitorem C5 na pegcetakoplan należy przez pierwsze 4 tygodnie podawać pegcetakoplan dwa razy na tydzień w infuzji podskórnej w dawce 1080 mg dodatkowo do aktualnie przyjmowanej dawki inhibitora C5 w celu zminimalizowania ryzyka hemolizy po nagłym przerwaniu leczenia. Po 4 tygodniach należy przerwać stosowanie inhibitora C5, a następnie kontynuować przyjmowanie pegcetakoplanu w takiej samej dawce,</p> <p>c) pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Po uzyskaniu efektu leczenia (niskiej aktywności choroby lub remisji) i utrzymywania się tego stanu minimum 3 miesiące możliwe jest wydawanie leku na okres pomiędzy wizytami w ośrodku. Leczenie pegcetakoplanem może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leku stosowanego</p>	<p>17) stężenie potasu w surowicy krwi;</p> <p>18) badanie ogólne moczu;</p> <p>19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;</p> <p>20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żylniej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).</p> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</li><li>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>d) stężenie mocznika w surowicy krwi,</li><li>e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li><li>f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li><li>g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li></ul> <p>2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li></ul> <p>3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>b) stężenie mocznika w surowicy krwi,</li><li>c) aktywność aminotransferaza asparaginowa (AspAT),</li></ul>
--	---	--

<p>leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa;</p> <p>3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia ekulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z</p>	<p>podskórną oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>d) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALAT), e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:</p> <p>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego ekulizumab należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>2. Leczenie rawulizumabem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <p><b>2.1.1. chorych, którzy niestosowali ekulizumabu.</b></p> <p>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH; 2) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym; 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</p>
--	--	--

<p>niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;</p> <p>3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdym kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);</p> <p>2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;</p> <p>3) karmienie piersią;</p> <p>4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p>		<p>4) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>5) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</p> <p>6) czas protrombinowy (PT);</p> <p>7) fibrynogen;</p> <p>8) odczyn Coombsa;</p> <p>9) oznaczenie grupy krwi;</p> <p>10) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>11) stężenie mocznika w surowicy krwi;</p> <p>12) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT);</p> <p>13) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);</p> <p>14) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;</p> <p>15) stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi;</p> <p>16) stężenie sodu w surowicy krwi;</p> <p>17) stężenie potasu surowicy krwi;</p> <p>18) badanie ogólne moczu;</p> <p>19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu;</p> <p>20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI).</p> <p><b>2.1.2. Badania przy kwalifikacji chorych, którzy stosowali ekulizumab.</b></p> <p>1) badanie granulocytów oraz erytrocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH;</p> <p>2) test ciężowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p>
--	--	--

<p>7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p><b>2. Leczenie rawulizumabem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</b></p> <p><b>2.1.1. Chorzy nieleczeni uprzednio ekulizumabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li><li>2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH <math>&gt;1\%</math> oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:<ol style="list-style-type: none"><li>a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):<ul style="list-style-type: none"><li>• aktywnością dehydrogenazy mleczanowej (LDH) <math>\geq 1,5</math> przekraczająca górną granicę normy (GGN),</li><li>• co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą:<ul style="list-style-type: none"><li>– niewydolność nerek,</li><li>– nadciśnienie płucne lub duszność,</li></ul></li></ul></li></ol></li></ol>		<p>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH).</p> <p><b>2.1.3. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) co dwa tygodnie przez pierwsze 10 tygodni:<ol style="list-style-type: none"><li>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</li><li>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>d) stężenie mocznika w surowicy krwi,</li><li>e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li><li>f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li><li>g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li></ol></li><li>2) po 10 tygodniu, raz na dwa miesiące lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:<ol style="list-style-type: none"><li>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li><li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li></ol></li><li>3) po 10 tygodniu, raz na sześć miesięcy, a w uzasadnionych przypadkach raz na dwa miesiące:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>b) stężenie mocznika w surowicy krwi,</li><li>c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li><li>d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li><li>e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li></ol></li><li>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:<ol style="list-style-type: none"><li>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,</li></ol></li></ol>
---	--	--



<p>– znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność,</p> <p>– hemoglobinuria,</p> <p>– bóle brzucha,</p> <p>– niedokrwistość (stężenie hemoglobiny &lt; 10g/dL),</p> <p>– dysfagia,</p> <p>– zaburzenia erekcji,</p> <p>b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich,</li><li>• zator tętnicy płucnej,</li><li>• zdarzenia mózgowo-naczyniowe,</li><li>• amputacja,</li><li>• zawał mięśnia sercowego,</li><li>• napad przemijającego niedokrwienia,</li><li>• niestabilna dławica piersiowa,</li><li>• zakrzepica żyły nerkowej,</li><li>• zakrzepica żył krezkowych,</li><li>• zakrzepica żyły wrotnej,</li><li>• zgorzel,</li><li>• ostre zamknięcia naczyń obwodowych;</li></ul> <p>3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka</p>		<p>b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.</p> <p>Ze względu na ryzyko wystąpienia zakażenia meningokokowego/posocznicy meningokokowej (pomimo szczepień ochronnych) każdy chory przyjmujący rawulizumab powinien być monitorowany pod kątem wczesnego wykrycia objawów infekcji meningokokowej.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego rawulizumab należy obserwować przez co najmniej 16 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Leczenie pegcetakoplanem</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem i z liczbą retikulocytów;</li><li>2) trepanobiopsja (jeśli nie wykonywano w okresie ostatnich 6 miesięcy);</li><li>3) bezpośredni test antyglobulinowy (BTA) (odczyn Coombsa);</li><li>4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li></ol>
---	--	--

<p>antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;</p> <p>4) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p><b>2.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii ekulizumabem:</b> <b>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</b></p> <p>1) wiek <math>\geq 18</math> lat;</p> <p>2) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH <math>&gt;1\%</math> oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej;</p> <p>3) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 6 ostatnich miesięcy;</p> <p>4) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) <math>\leq 1,5</math> górnej granicy normy (GGN);</p> <p>5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu</p>		<p>5) stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi;</p> <p>6) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>7) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT);</p> <p>8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);</p> <p>9) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>.</p> <p><b>3.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) co tydzień przez pierwsze 5 tygodni:</p> <p>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</p> <p>c) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>d) stężenie mocznika w surowicy krwi,</p> <p>e) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</p> <p>f) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</p> <p>g) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>2) po 5 tygodniu, raz na dwa tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <p>a) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>3) po 5 tygodniu, raz na cztery tygodnie lub częściej w uzasadnionych sytuacjach klinicznych:</p> <p>a) stężenie kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>b) stężenie mocznika w surowicy krwi,</p> <p>c) aktywność aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</p> <p>d) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT),</p>
--	--	--

<p>Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p> <p>2) zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia rawulizumabem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;</p>		<p>e) stężenie bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>4) badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym:</p> <p>a) 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania,</p> <p>b) co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu.</p> <p>W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego pegcetakoplan należy obserwować przez co najmniej 8 tygodni.</p> <p>Należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach.</p> <p>Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników</p>
---	--	--

3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

### 2.3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);
- 2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;
- 3) karmienie piersią;
- 4) masa ciała poniżej 40 kg;
- 5) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

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

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

### **3. Leczenie pegcetakoplanem**

#### **3.1. Kryteria kwalifikacji**

**Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:**

- 1) zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej;
- 2) wiek  $\geq 18$  lat;
- 3) obecność niedokrwistości w trakcie leczenia inhibitorem C5 przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów, którzy w chwili rozpoczęcia leczenia inhibitorem C5 spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego;
- 4) nieobecność niewyleczonego zakażenia wywołanego przez bakterie otoczkowe, w tym *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*;
- 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw *Neisseria meningitidis* (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), *Streptococcus pneumoniae* i *Haemophilus influenzae*, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia;

- 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 8) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

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

### 3.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii podejmuje decyzje o możliwości czasowego przerwania profilaktycznego leczenia pegcetakoplanem po 6 miesiącach leczenia u chorych z niższym ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych. Zawieszenie leczenia

<p>w każdym czasie wymaga zgłoszenia przez ośrodek leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii;</p> <p>3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania pegcetakoplanu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.</p> <p><b>3.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) brak efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia);</p> <p>2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne;</p> <p>3) karmienie piersią;</p> <p>4) przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT);</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>7) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p>		
---	--	--

<p>8) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p>		
--	--	--



Załącznik B.97.

**LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPŁYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10:D69.3)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną substancjami czynnymi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) eltrombopag;</li> <li>2) romiplostym;</li> <li>3) awatrombopag;</li> <li>4) rytuksymab.</li> </ol> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq 18</math> lat;</li> <li>2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);</li> <li>3) niedostateczna odpowiedź na co najmniej jedną wcześniejszą terapię farmakologiczną, w tym brak odpowiedzi na kortykosteroidy lub stwierdzenie steroidozależności lub nietolerancji kortykosteroidów;</li> <li>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zalecana dawka początkowa: 50 mg raz na dobę;</li> <li>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.</li> </ol> <p><b>2. Dawkowanie romiplostymu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dawka początkowa: 1 <math>\mu\text{g}/\text{kg}</math> mc. raz w tygodniu podskórnie, z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;</li> <li>2) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> </ol> <p>Po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego możliwe jest wydanie leku pacjentowi do samodzielnego podania, po odpowiednim przeszkoleniu pacjenta, o ile nie stanowi to zagrożenia dla jego zdrowia i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzenia terapii. Lek powinien być wydany w ilości każdorazowo nie większej niż</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) parametry czynności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia <b>eltrombopagiem lub rytuksymabem</b>,</li> <li>b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia <b>romiplostymem, lub awatrombopagiem</b>;</li> </ol> </li> <li>3) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA – dotyczy kwalifikacji do leczenia <b>rytuksymabem</b>;</li> <li>4) oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) w surowicy krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia <b>rytuksymabem</b>;</li> <li>5) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60</li> </ol>

<p>5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń, w tym aktywnego zapalenia wątroby typu B – w przypadku kwalifikacji do leczenia <b>rytuksymabem</b>;</p> <p>6) zgoda pacjentki na stosowanie wysoce skutecznej metody zapobiegania ciąży podczas stosowania <b>rytuksymabu</b> i przez 12 miesięcy od zakończenia leczenia (w przypadku kobiet w wieku rozrodczym).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)”, którzy osiągnęli pełnoletniość, bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.</p> <p>W przypadku leczenia <b>rytuksymabem</b> czas terapii trwa 4 tygodnie i jest ograniczony do jednego cyklu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li></ol>	<p>niezbędna do zabezpieczenia 3 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 4 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>3. Dawkowanie awatrombopagu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zalecana dawka początkowa: 20 mg raz na dobę;</li><li>2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li><li>3) sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</li></ol> <p><b>4. Dawkowanie rytuksymabu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zalecana dawka: 375 mg/m<sup>2</sup> we wlewie dożylnym raz w tygodniu;</li><li>2) czas trwania cyklu: 4 tygodnie;</li><li>3) 30 minut przed wlewem <b>rytuksymabu</b> należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.</li></ol>	<p>lat, chorych z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>6) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do leczenia <b>eltrombopagiem</b>;</li><li>7) elektrokardiogram (EKG) – dotyczy kwalifikacji do leczenia <b>rytuksymabem</b>;</li><li>8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (<math>\geq 50\ 000/\mu\text{l}</math> przez co najmniej 4 tygodnie):<ol style="list-style-type: none"><li>a) wykonywane co 1 tydzień:<ul style="list-style-type: none"><li>– morfologia krwi z rozmazem;</li></ul></li><li>b) w przypadku leczenia <b>eltrombopagiem</b> - wykonywane co 2 tygodnie:<ul style="list-style-type: none"><li>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);</li></ul></li></ol></li><li>2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wykonywane co 1 miesiąc:<ul style="list-style-type: none"><li>– morfologia krwi z rozmazem,</li><li>– w przypadku leczenia <b>eltrombopagiem</b>: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita),</li><li>– w przypadku leczenia <b>romiplostymem</b> lub <b>awatrombopagiem</b> parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita) –</li></ul></li></ol></li></ol>
--	--	---

<p>3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>4) zaburzenia czynności wątroby:</p> <p>a) wynik w skali Child-Pugh <math>\geq 5</math> – dotyczy leczenia eltrombopagiem,</p> <p>b) wynik w skali Child-Pugh <math>\geq 7</math> – dotyczy leczenia romiplostymem;</p> <p>5) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:</p> <p>a) będzie narastać, albo</p> <p>b) będzie utrzymywać się <math>\geq 4</math> tygodni, albo</p> <p>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej, albo</p> <p>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby, - <u>dotyczy wyłącznie chorych leczonych <b>eltrombopagiem</b></u>;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak odpowiedzi na leczenie:</p> <p>a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), albo</p>		<p>wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem;</p> <p>3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi – trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulinoowego;</p> <p>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:</p> <p>a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie: – morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) badanie okulistyczne co 12 miesięcy – dotyczy leczenia <b>eltrombopagiem</b>.</p> <p>W przypadku pacjentów leczonych rytuksymabem obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie (morfologia krwi z rozmazem) powinna być prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie.</p> <p>W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia:</p> <p>1) R (odpowiedź): liczba płytek <math>\geq 30</math> G/l oraz co najmniej jej dwukrotne zwiększenie w stosunku do wyjściowej liczby płytek i brak krwawień;</p> <p>2) CR (całkowita odpowiedź): liczba płytek <math>\geq 100</math> G/l i brak krwawień;</p>
--	--	---

<p>b) romiplosty mem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia,</p> <p>albo</p> <p>c) awatrombopagiem w dawce 40 mg raz na dobę, podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia, jeśli liczba płytek krwi nie zwiększy się do <math>\geq 50 \times 10^9/L</math>;</p> <p>8) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p>W przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania danego leku, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.</p>		<p>3) NR (brak odpowiedzi): liczba płytek <math>&lt; 30 G/l</math> lub niższa od dwukrotności wyjściowej liczby płytek lub obecność krwawień.</p> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez lekarza prowadzącego, który podejmuje decyzję o zmianie sposobu leczenia lub wyłączeniu pacjenta z programu lekowego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	--

Załącznik B.98.

## LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPLYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 1-18 lat;</li> <li>2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);</li> <li>3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>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.</p> <p><b>1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia rytuksymabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 1-18 lat;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat,</li> <li>– 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego;</li> </ul> </li> <li>2) maksymalna dawka dobową wynosi 75 mg;</li> <li>3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</li> </ol> <p>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek <math>\geq 50</math> tys./<math>\mu</math>l.</p> <p><b>2. Dawkowanie romiplostymu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek;</li> <li>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);</li> <li>3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu;</li> <li>4) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich):                 <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,</li> </ul> </li> <li>b) wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem):                 <ul style="list-style-type: none"> <li>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>

<p>2) rozpoznanie opornej na immunosupresję małopłytkowości immunologicznej (trwającej powyżej 4 miesięcy);</p> <p>3) zagrażająca życiu małopłytkowość immunologiczna z cechami krwawienia lub liczbą płytek poniżej 20 tys./<math>\mu</math>L;</p> <p>4) niedostateczna odpowiedź na leczenie kortykosteroidami, IGIV lub agonistów rTPO.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.</p> <p>W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii nie powinien być dłuższy niż 4 tygodnie.</p> <p>Obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie jest prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie.</p>	<p>2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 <math>\mu</math>g/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;</p> <p>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.</p> <p>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalające utrzymać liczbę płytek <math>\geq</math> 50 tys./<math>\mu</math>l.</p> <p><b>3. Dawkowanie rytuksymabu</b></p> <p>1) zalecana dawka: 375 mg/m<sup>2</sup> we wlewie dożylnym raz w tygodniu;</p> <p>2) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.</p>	<p>2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u wszystkich odpowiadających pacjentów:</p> <p>a) wykonywane co 1 miesiąc:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,</li></ul> <p>b) wykonywane co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);</li></ul> <p>3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi:</p> <p>a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;</p> <p>4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem;</p> <p>5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej <math>250 \times 10^9/l</math>, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 razy w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej <math>100 \times 10^9/l</math>.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -</p>
---	---	---

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) zaburzenia czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wynik w skali Child-Pugh <math>\geq 5</math> – dotyczy leczenia eltrombopagiem,</li><li>– wynik w skali Child-Pugh <math>\geq 7</math> – dotyczy leczenia romiplosty mem;</li></ul> <p>3) wyłącznie w przypadku leczenia eltrombopagiem:</p> <p>istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) będzie narastać,</li></ul> <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>b) będzie utrzymywać się <math>\geq 4</math> tygodni,</li></ul> <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,</li></ul> <p>albo</p> <ul style="list-style-type: none"><li>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;</li></ul> <p>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>5) brak odpowiedzi na leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary),</li></ul> <p>lub</p>		<p>rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

<p>– romiplosty mem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
--	--	--



Załącznik B.99.

**LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>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);</li> <li>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 <math>\geq 30</math> mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni;</li> <li>4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe);</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH <math>\geq 2,5</math> 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.</p> <p>Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni.</p> <p><b>1.2. Sposób podawania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasyreotydyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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);</li> <li>2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL));</li> <li>3) ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;</li> <li>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;</li> <li>5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy <math>\geq 1</math> cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);</li> </ol>

<p>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 <math>\geq 30</math> mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni.</p> <p>Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie.</p> <p>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.</p> <p>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) kandydaci do leczenia operacyjnego;</li><li>2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;</li><li>3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) <i>Schematu dawkowania</i>;</li><li>4) objawowa kamica żółciowa;</li></ol>	<p>wykonywanym przez fachowy personel medyczny.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym.</li></ol> <p><b>1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>2) Zaburzenia czynności wątroby:<ol style="list-style-type: none"><li>a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne;</li><li>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</li></ol></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;</li><li>7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;</li><li>8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);</li><li>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.</li></ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>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;</li><li>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</li></ol>
--	--	---

<p>5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha);</p> <p>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;</p> <p>7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);</p> <p>8) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako:</p> <p>a) obniżenie stężenia GH o &gt; 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu &lt;2,5 µg/l</p> <p>lub</p> <p>b) obniżenie stężenia IGF-1 o &gt;40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1</p> <p>lub</p> <p>c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza &gt; 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzonym przy kwalifikacji do programu.</p>	<p>u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Leczenie pegwisomantem</b></p> <p><b>2.1. Dawkowanie</b></p> <p>1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnych.</p>	<p>tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;</p> <p>8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;</p> <p>9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;</p> <p>10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;</p> <p>11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).</p>
--	--	--

<p><b>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>2. Leczenie pegwisomantem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek powyżej 18 roku życia;</li><li>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);</li><li>3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełnianego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce <math>\geq 30</math> mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;</li><li>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);</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.</li><li>3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.</li><li>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.</li></ol> <p><b>2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;</li><li>2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;</li><li>3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u</li></ol>	<p><b>2. Leczenie pegwisomantem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;</li><li>2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL).</li><li>3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;</li><li>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;</li><li>5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy <math>\geq 1</math> cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);</li><li>6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;</li><li>7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;</li></ol> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-</li></ol>
--	--	--

<p>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;</p> <p>6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c &gt; 7% (&gt; 53 mmol/mol).</p> <p>Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) kandydaci do leczenia operacyjnego;</p> <p>2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;</p>	<p>osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.</p>	<p>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;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;</p> <p>6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;</p> <p>7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;</p> <p>8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p>
---	--	--

- 3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> oraz utrata białka >3 g/1,73m<sup>2</sup>;
- 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT >5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT);
- 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce;

### 2.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.101.

**LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dorosłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>alirokumabem</i>,</li> <li>b) <i>ewolokumabem</i>,</li> <li>c) <i>inklisiranem</i>,</li> </ol> </li> <li>2) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>lomitapidem</i>,</li> </ol> </li> <li>3) dorosłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>ewolokumabem</i>,</li> </ol> </li> <li>4) dorosłym pacjentom z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>alirokumabem</i>,</li> <li>b) <i>ewolokumabem</i>,</li> <li>c) <i>inklisiranem</i>,</li> </ol> </li> <li>5) pediatrycznym pacjentom z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>ewolokumabem</i>,</li> </ol> </li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Alirokumab</b></p> <p>150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie).</p> <p><b>1.2. Ewolokumab</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) heterozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie,</li> <li>2) bardzo wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie,</li> </ol> </li> <li>3) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej:                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zalecana dawka początkowa to 420 mg raz w miesiącu. Po 12 tygodniach leczenia, częstość dawkowania może być stopniowo zwiększana do 420 mg raz na 2 tygodnie, jeśli nie została uzyskana odpowiedź</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie lipidogramu;</li> <li>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT);</li> <li>3) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>4) dodatkowo w przypadku terapii alirokumabem, ewolokumabem, inklisiranem:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR,</li> <li>b) oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK);</li> </ol> </li> <li>5) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie,</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,</li> </ol> </li> </ol>

<p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.5.;</li> <li>2) brak hiperlipidemii wtórnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.4.;</li> <li>3) brak homozygotycznej postaci hipercholesterolemii rodzinnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.5.;</li> <li>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</li> <li>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <p><b>1.2.1. dorosłych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. &gt; 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network;</li> <li>2) LDL-C &gt; 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych</li> </ol> </li> </ol>	<p>istotna klinicznie. U pacjentów, u których wykonywana jest afereza, można rozpocząć leczenie dawką 420 mg podawaną raz na dwa tygodnie w taki sposób, aby schemat dawkowania dopasować do harmonogramu zabiegów aferezy.</p> <p><b>1.3. Inkisiran</b></p> <p>284 mg inkisiranu w pojedynczym wstrzyknięciu podskórnym podawanym: po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.</p> <p>Dawki pominięte:</p> <p>Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie krótszym niż 3 miesiące, należy podać inkisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem.</p> <p>Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inkisiran należy podać po raz pierwszy, ponownie po 3 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy.</p> <p><b>1.4. Lomitapid</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg raz na dobę. Po 2 tygodniach dawkę można zwiększyć do 10 mg, zależnie od akceptowalnego poziomu bezpieczeństwa i tolerancji leku przez pacjenta, a następnie, w odstępach minimum 4 tygodni, do 20</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>d) oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi,</li> <li>e) oznaczanie aktywności transpeptydazy gamma - glutamylowej (GGTP),</li> <li>f) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> </ol> <p>6) dodatkowo w przypadku terapii ewolokumabem pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia - na każdej wizycie;</li> <li>2) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie cholesterolu i trójglicerydów przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,</li> <li>b) w pierwszym roku leczenia należy wykonywać badania czynności wątroby (przynajmniej oznaczenie AlAT i AspAT) przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji,</li> <li>c) po pierwszym roku należy wykonywać badania czynności wątroby przynajmniej</li> </ol> </li> </ol>
--	---	--



<p>tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetimibem w dawce 10 mg</p> <p>lub</p> <p>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);</p> <p>albo</p> <p>3) pacjenci, z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.).</p> <p><b>1.2.2. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną lomitapidem</b></p> <p>1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego;</p> <p>2) brak innych postaci hipercholesterolemii;</p> <p>3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnienie tych kryteriów w momencie rozpoczęcia leczenia LDL aferezą;</p> <p>4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>5) kryteria kwalifikacji do leczenia LDL aferezą: LDL-C &gt; 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:</p> <p>a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych dawkach tj.: atorwastatyna 80 mg lub rosuwastatyna 40 mg, a następnie atorwastatyna</p>	<p>mg, 40 mg i do maksymalnej zalecanej dawki 60 mg.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>co 3 miesiące i przed każdym zwiększeniem dawki,</p> <p>d) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby (co roku).</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie lipidogramu.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>W przypadku leczenia:</p> <p>a) <i>alirokumabem</i> lub <i>ewolokumabem</i> (dotyczy pacjentów dorosłych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy,</p> <p>b) <i>ewolokumabem</i> (dotyczy pacjentów pediatrycznych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 6 miesięcy,</p> <p>c) <i>inklisiranem</i> lub <i>lomitapidem</i> - badanie lipidogramu wykonuje się po 6 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania</p>
--	--	--

<p>40-80 mg lub rosuvastatyna 20-40 mg w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowane łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc</p> <p>lub</p> <p>b) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowane przez łącznie 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc</p> <p>lub</p> <p>c) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).</p> <p><b>1.2.3. dorosłych pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem</b></p> <p>1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego;</p> <p>2) LDL-C &gt; 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:</p> <p>a) zoptymalizowanego leczenia hipolipemizującego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT) (stosowanego nie krócej niż 3 miesiące),</p> <p>lub</p> <p>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</p>		<p>leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) zmiana stężenia LDL-C;</p> <p>b) zmiana stężenia TC;</p> <p>c) zmiana stężenia HDL;</p> <p>d) zmiana stężenia trójglicerydów;</p> <p>e) procentowy spadek liczby zabiegów LDL aferezy.</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące);

albo

- 3) pacjenci, z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.).

**1.2.4. dorosłych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem**

- 1) LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) intensywnego leczenia statynami (stosowanego łącznie przez co najmniej 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc) w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w skojarzeniu z ezetymibem,

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).

- 2) przebyty zawał serca z udokumentowaną w koronarografii lub tomografii miążdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 24 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym:

<p>a) wieńcowym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– z dodatkowo przebyłym zawałem serca w wywiadzie</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej,</li></ul> <p>b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.:<ul style="list-style-type: none"><li>i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) &lt;0,85</li></ul></li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– choroba tętnic mózgowych, tj.:<ul style="list-style-type: none"><li>i. przebyty udar mózgu niedokrwienny</li></ul></li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA)</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>iii. przebyta rewaskularyzacja tętnic dogłowych.</li></ul> <p><b>1.2.5. pediatrycznych pacjentów z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem</b></p> <p>1) wiek 10 – 18 lat;</p>		
---	--	--

2) potwierdzona diagnoza hipercholesterolemii rodzinnej na podstawie wyniku: skali Dutch Lipid Clinic Network w przypadku heterozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HeFH) albo na podstawie badania genetycznego w przypadku homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH);

3) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) zoptymalizowanego leczenia hipolipemizującego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT) (stosowanego nie krócej niż 3 miesiące),

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 4.

Dla pacjentów zakwalifikowanych zgodnie z punktem 1.2.5. terapia może być kontynuowana po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia, pod warunkiem przeniesienia leczenia do ośrodka dla dorosłych zgodnie z ppkt. 1.2.1.3. albo 1.2.3.3.

### **3. Zamiana leków**

W przypadku wystąpienia u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, objawów niepożądanych albo okoliczności wskazanych w pkt. 4.2., albo ze względu na bezpieczeństwo pacjenta dopuszcza się możliwość zamiany leków:

- a) alirokumab lub ewolokumab na inklisiran,  
lub
- b) inklisiran na alirokumab lub ewolokumab.

Niedopuszczalna jest zamiana leków w obrębie tej samej grupy farmakoterapeutycznej, rozumiana jako zamiana leczenia alirokumabem na ewolokumab albo ewolokumabem na alirokumab.

Powyższe nie dotyczy pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną.

### **4. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku;
- 2) brak skuteczności terapii:
  - a) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem (dotyczy pacjentów dorosłych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach, a w przypadku leczenia inklisiranem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o < 30% po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach,

potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej:

- w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktami 1.2.1. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5., (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3),
- w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3);

b) w przypadku leczenia lomitapidem rozumiany jako:

- redukcja stężenia LDL-C o  $< 40\%$ , u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej  $40\%$ , albo stężenie LDL-C wyższe niż  $2 \text{ mmol/L}$  u pacjentów wymagających mniejszej niż  $40\%$  redukcji stężenia LDL-C (w stosunku do wartości wyjściowej określonej w momencie włączenia do programu lekowego), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą;
- redukcja stężenia LDL-C o  $< 40\%$ , u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej  $40\%$  oraz zmniejszenie o mniej niż  $50\%$  liczby wymaganych zabiegów aferezy albo stężenie LDL-C wyższe niż  $2 \text{ mmol/L}$  u pacjentów wymagających mniejszej niż  $40\%$  redukcji stężenia LDL-C oraz zmniejszenie o mniej niż  $50\%$  liczby wymaganych zabiegów aferezy (w stosunku do wartości wyjściowej określonej przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca) - dotyczy

<p>pacjentów, u których była stosowana LDL afereza w chwili włączenia do programu lekowego;</p> <p>c) w przypadku leczenia ewelokumabem (dotyczy pacjentów pediatrycznych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o &lt; 5 %, po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 6 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktem 1.2.5.,</li><li>– w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii;</li></ul> <p>W przypadku pacjentów, u których przed ukończeniem 18 r.ż. nie przeprowadzono oceny skuteczności po pierwszych 3 miesiącach leczenia, ocena taka przeprowadzana jest w ośrodku dla dorosłych, a brak skuteczności leczenia rozumiany jest jako: redukcja stężenia LDL-C o &lt; 30% po pierwszych 3 miesiącach leczenia a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej jak powyżej.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>4) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i</li></ol>		
--	--	--



---

bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
--	--	--

Załącznik B.102.FM.

**LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>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.</p> <p>Program lekowy obejmuje terapie następującymi substancjami czynnymi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. onasemnogen abeparwovek;</li> <li>2. nusinersen;</li> <li>3. rysdyplam.</li> </ol> <p>Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia.</p> <p><b>1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwovek</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2) wiek do 6 miesiąca życia (&lt;180 dni) w momencie podania leku;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie onasemnogen abeparwoveku</b></p> <p>Dawkowanie onasemnogen abeparwovek oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p> <p><b>2. Dawkowanie nusinersenu</b></p> <p>Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p> <p>W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.</p> <p>W uzasadnionych klinicznie przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną onasemnogen abeparwovek</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie ogólnolekarskie;</li> <li>2) badanie miana przeciwciał AAV9;</li> <li>3) badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP;</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) liczba płytek krwi;</li> <li>6) stężenie troponiny I;</li> <li>7) badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1;</li> <li>8) badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik;</li> <li>9) ocena zdolności połykania;</li> <li>10) badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND;</li> <li>11) ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO;</li> <li>12) określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych;</li> </ol>

<p>3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego;</p> <p>4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku;</p> <p>5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych;</p> <p>6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym:</p> <p>a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego;</p> <p>b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych;</p> <p>c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu;</p> <p>d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii;</p> <p>7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt.</p> <p>8) brak przeciwwskazań określonych w punkcie 1.2.</p> <p>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Kryteriów opisanych w punkcie 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów leczonych nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu po ustąpieniu przeciwwskazań do terapii onasemnogen abeparwówek opisanych w punkcie 1.2. (pierwotnie pacjent nie otrzymał onasemnogen abeparwówek ze względu na wystąpienie przeciwwskazań).</p> <p>Kryteriów opisanych w punkcie 1, 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów przedobjawowych i objawowych z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu</p>	<p><b>3. Dawkowanie rysdyplamu</b></p> <p>Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p>	<p>13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika;</p> <p>14) badanie poziomu hemoglobiny;</p> <p>15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG.</p> <p><b>1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen</b></p> <p>1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;</p> <p>2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;</p> <p>3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;</p> <p>4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;</p> <p>5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram);</p> <p>6) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>7) konsultacja anestezyjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego;</p> <p>8) konsultacja ortopedyczna – w zależności od stanu klinicznego pacjenta;</p> <p>9) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;</p> <p>10) test ciążowy - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.</p> <p><b>1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam</b></p>
--	--	--

SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 urodzonych przed 1 września 2022 r. i leczonych od momentu diagnozy nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu. W opinii lekarza prowadzącego pacjent ten ma prawidłowy stan odżywienia.

Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek, przez wzgląd na brak dowodów naukowych przedstawianych w ramach procesów refundacyjnych w Polsce, nie mogą być włączeni do leczenia SMA z wykorzystaniem nusinersenu lub rysdyplamu finansowanego w ramach niniejszego programu lekowego.

### **1.2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**

- 1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomagania wentylacji średnio  $\geq 16$  godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu;
- 2) niewydolność oddechowa od urodzenia;
- 3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg;
- 4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej;
- 5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii;
- 6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego;
- 7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na

- 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;
- 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;
- 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;
- 4) morfologia krwi z rozmazem;
- 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina);
- 6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;
- 7) konsultacja ortopedyczna;
- 8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta;
- 9) test ciążyowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii oraz przez 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki - u kobiet w wieku rozrodczym.

## **2. Monitorowanie leczenia**

### **2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek**

#### **2.1.1. Ocena skuteczności leczenia**

- 1) badanie neurologiczne i w skali funkcjonalnej odpowiedniej do wieku i stanu pacjenta po podaniu leku przeprowadza się w 3, 6, 9, 12, 15, 21, 24, 27, 36, 48 miesiącu po podaniu leku;
- 2) monitorowanie leczenia przez okres 48 miesięcy od podania leku z substancją czynną onasemnogen abeparwówek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych;

<p>prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze;</p> <p>8) miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9) &gt; 1:50 określone w teście ELISA - wynik uzyskany nie więcej niż 30 dni przed podaniem leku;</p> <p>9) klinicznie istotne nieprawidłowe wartości laboratoryjne (gamma-glutamylotranspeptydaza [GGTP], AlAT i AspAT &gt; 2 × GGN, bilirubina ≥ 2,0 mg/dl, kreatynina ≥ 1,0 mg/dl, hemoglobina [Hgb] &lt; 8 lub &gt; 18 g/dl; białe krwinki [WBC] &gt; 20 000 na mm<sup>3</sup>), PLT poniżej 50 tys. w mm<sup>3</sup> przed genową terapią zastępczą;</p> <p>10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.3. Zakończenie leczenia w programie</b></p> <p>Zakończenie leczenia w programie lekowym następuje w przypadku stwierdzenia przez Zespół Koordynujący braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych u pacjenta leczonego z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwovek.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>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</p>	<p>3) jako brak skuteczności uznaje się:</p> <p>a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– inwazyjna wentylacja poprzedzona wykonaniem zabiegu tracheostomii trwająca przez co najmniej 16 godzin dziennie, w sposób ciągły przez co najmniej 14 kolejnych dni (przy braku ostrej, odwracalnej choroby i z wyjątkiem wentylacji okołoperacyjnej),</li><li>– 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.</li></ul> <p>b) utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju motorycznego w okresie 48 miesięcy od podania leku.</p> <p>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).</p> <p>4) jako brak osiągnięcia kamieni milowych rozwoju motorycznego (dotyczy pacjentów przedobjawowych) uznaje się:</p> <p>a) nieuzyskanie umiejętności siedzenia bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 12 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta.</p>
---	---

<p>Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce.</p> <p>2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego;</p> <p>3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowe zaniki mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt 2.3.</p> <p>4) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówkiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.</p> <p>Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do leczenia nusinersenem mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni uprzednio rysdyplamem w ramach niniejszego programu lekowego, u których wystąpiła wyłącznie nietolerancja leczenia rysdyplamem.</p> <p>Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:</p>		<p>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.</p> <p><b>2.1.2. Badania laboratoryjne</b></p> <p>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):</p> <p>a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej;</p> <p>b) badanie liczby płytek krwi;</p> <p>c) stężenie troponiny I;</p> <p>d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen</b></p> <p>1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki;</p> <p>2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących;</p> <p>3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;</p> <p>4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;</p> <p>5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;</p>
---	--	--

- 1) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę.

Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wnioski o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający:

- 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,
- 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.

## 2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

## 2.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;

- 6) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocznik) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;
- 7) morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;
- 8) w przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym – test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki;

## 2.3. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam

- 1) badanie neurologiczne po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;
- 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) nie rzadziej niż co 6 miesięcy;
- 3) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby – po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;
- 4) morfologia krwi z rozmazem - po 2 miesiącach, 6 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy;
- 5) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;
- 6) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;
- 7) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej w zależności od stanu pacjenta, ale nie rzadziej niż raz do roku;
- 8) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym - test ciążowy co 6 miesięcy.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

<p>2) przeciwwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego;</p> <p>3) drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;</p> <p>4) pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:</p> <p>a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące</p> <p>lub</p> <p>b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące;</p> <p>5) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii:</p> <p>6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</p> <p><b>3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam</b></p> <p><b>3.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są pacjenci w wieku 2 miesięcy i starsi:</p> <p>a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3</p> <p>lub</p> <p>b) posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2;</p>		<p>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) w przypadku terapii z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek przekazywanie za pośrednictwem rejestru SMPT danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii:</p> <p>a) przeżycie (niewystąpienie zgonu),</p> <p>b) konieczności wykonania tracheostomii,</p> <p>c) konieczności stałej wentylacji,</p> <p>d) zależności od wspomagania wentylacji,</p> <p>e) osiągnięcie kamieni milowych, dotyczących etapów rozwojowych w zakresie funkcji motorycznych,</p> <p>f) utrata uzyskanych uprzednio kamieni milowych,</p> <p>g) wyniki testu zaburzeń nerwowo-mięśniowych (CHOP-INTEND) w stosunku do wartości przed podaniem leku,</p> <p>h) wymaganie wspomagania żywienia innego niż żywienie doustne.</p> <p>Dodatkowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do gromadzenia dokumentacji w formie nagrań wideo oraz zdjęć umożliwiających ocenę skuteczności terapii pacjenta.</p> <p>Nagranie wideo powinno zostać wykonane techniką cyfrową, w jakości HD (High Density) i obejmować okres wystarczający do oceny punktów służących do oceny braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych.</p> <p>Utratę uzyskanych kamieni milowych rozwoju ruchowego, należy udokumentować za pomocą nagrań wideo</p>
--	--	---



- 2) do leczenia rysdyplamem kwalifikowani są wyłącznie pacjenci mający udokumentowane przeciwwskazania do leczenia nusinersenem lub pacjenci, u których stwierdzono przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem;
- 3) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek 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 rozpoznane rdzeniowe 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 abeparwówkiem, 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.

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:

przeprowadzonych w chwili uzyskania danego kamienia milowego oraz w momencie jego utraty z potwierdzeniem tego faktu po 3 miesiącach.

Ponadto, Świadczeniodawca zapewni dostęp Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek objętych programem lekowym, w szczególności do zdjęć lub nagrań wideo dokumentujących badania wymagane do oceny skuteczności lub oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego wymienionych w pkt 2.1.1. monitorowania leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek.

- 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

1) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały kryteria pozostania w programie.

2) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę.

Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wnioski o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający:

- 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,
- 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.

### **3.2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta rysdypłamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

### **3.3. Kryteria wyłączenia z programu**

<p>1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:</p> <p>a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy</p> <p>lub</p> <p>b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy;</p> <p>2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregokolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>3) ciąża;</p> <p>4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</p>		
--	--	--

Załącznik B.104.

**LECZENIE CHOROBY FABRY’EGO (ICD 10 E.75.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</b></p> <p>Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3.</p> <p>Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia;</li> <li>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;</li> </ol>	<p><b>Dawkowanie agalzydazy beta</b></p> <p>Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylniej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p><b>Dawkowanie agalzydazy alfa</b></p> <p>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.</p> <p><b>Dawkowanie migalastatu</b></p> <p>Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3);</li> <li>2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji);</li> <li>3) Morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) Wysokość i masa ciała;</li> <li>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;</li> <li>6) USG jamy brzusznej z oceną nerek;</li> <li>7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej;</li> <li>8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;</li> <li>9) Rezonans magnetyczny mózgu;</li> </ol>

<p>3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem:</p> <p>a) u mężczyzn: badania biochemiczne 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;</p> <p>b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA;</p> <p>4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz <math>GFR \geq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2</math>;</p> <p>Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu.</p> <p>Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiające leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z</p>		<p>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);</p> <p>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;</p> <p>12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);</p> <p>14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Wysokość i masa ciała;</li><li>2) Morfologia krwi z rozmazem;</li><li>3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego</li></ol>
---	--	--

<p>programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii.</p> <p><b>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat);</li><li>2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu;</li><li>3) Jednoczesowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu;</li><li>4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;</li><li>6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu;</li><li>7) GFR &lt; 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> - dotyczy migalastatu;</li><li>8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby;</li><li>9) Ciąża lub laktacja;</li></ol>		<p>(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;</li><li>6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba);</li><li>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;</li><li>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;</li><li>9) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3);</li><li>10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</li><li>12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);</li></ol>
---	--	---

<p>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;</p> <p>11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN;</p> <p>12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu;</p> <p>13) Końcowe stadium choroby Fabry’ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</b></p> <p>1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych;</p> <p>3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzone lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;</p> <p>4) Cięża lub laktacja;</p> <p>5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia;</p> <p>6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;</p> <p>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;</p> <p>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.</p>
---	--	--

Załącznik B.105.

**LECZENIE CHORYCH NA ZAPALENIE BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) (ICD-10: H20.0, H30.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W programie finansuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) systemowe leczenie immunologiczne – <i>adalimumabem</i>;</li> <li>2) leczenie miejscowe – <i>deksametazonem w postaci implantu doszkliskowego</i>.</li> </ol> <p>Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w <i>standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standardization of Uveitis Nomenclature)</i>.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) potwierdzenie niezakaźnego przewlekłego, przetrwałego lub nawrotowego zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – części pośredniej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p><b>1.1. Dawkowanie adalimumabu</b></p> <p>80 mg początkowo, podskórnie.</p> <p>Następnie, po tygodniu od dawki początkowej, 40 mg podskórnie co dwa tygodnie.</p> <p><b>1.2. Dawkowanie deksametazonu</b></p> <p>Jeden implant doszkliskowo, nie częściej niż co 6 miesięcy.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <p>Muszą zostać wykonane badanie ogólne (1.1.) oraz badania szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Badania ogólne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie okulistyczne obejmujące: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS,</li> <li>b) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego,</li> <li>c) ocenę dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT),</li> <li>d) badanie ultrasonograficzne (typ B) gałki ocznej,</li> <li>e) ocenę stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka według kryteriów SUN,</li> <li>f) ocenę stopnia przymglenia ciała szklстого według kryteriów SUN.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe badania przy kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. Adalimumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu płytek krwi (PLT);</li> </ol>



- 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;
- 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną;
- 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;
- 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

## 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii

### 1.2.1. *Adalimumabem*

- a) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby:
  - przy dawce  $\leq 10$  mg prednizolonu lub dawce równoważnej innego leku sterydowego lub
  - przy terapii lekami immunosupresyjnymi lub
  - przy kombinacji obu powyższymi terapiami po kursie leczenia trwającym 15 tygodnilub
- b) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną, u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące:
  - do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub
  - w czasie stabilizacji choroby po odstawieniu obu typów leków, trwającej krócej niż 3 miesiące

- 3) odczyn Biernackiego;
- 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;
- 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
- 7) oznaczenie poziomu białka C-reaktywnego we krwi (CRP);
- 8) oznaczenie stężenia elektrolitów w surowicy krwi;
- 9) badanie ogólne moczu;
- 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;
- 11) test na kiłę;
- 12) test na boreliozę;
- 13) oznaczenie obecności antygenu HBs;
- 14) oznaczenie przeciwciał anti-HCV;
- 15) oznaczenie obecności antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);
- 16) badanie RTG klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu);
- 17) elektrokardiogram (EKG);
- 18) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego;
- 19) rezonans magnetyczny w razie wskazań klinicznych;
- 20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

### 1.2.2. *Deksametazonem w postaci implantu*

- 1) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT lub w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa - opcjonalnie lub na prośbę Zespołu Koordynacyjnego.

<p>lub</p> <p>c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych.</p> <p>Choroba nieaktywna definiowana jest jako:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyńki i siatkówki lub naczyń siatkówki;</li><li>2) stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka 0,5+ według kryteriów SUN;</li><li>3) stopień przymglenia ciała szklстого oka 0,5+ według kryteriów SUN.</li></ol> <p><b>1.1.2. Deksametazonem w postaci implantu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN;</li><li>b) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku w zakresie 0,1 – 0,8, określona na tablicach Snellena lub ETDRS.</li></ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>		<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1.1. Adalimumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) CRP;</li><li>3) odczyn Biernackiego;</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>6) test Quantiferon lub próba tuberkulinowa;</li><li>7) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI (do decyzji lekarza konsultującego).</li></ol> <p>Badania z pkt 1 – 5 wykonuje się przed podaniem:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) 3 dawki leku;</li><li>b) 5 dawki leku;</li><li>c) każdej kolejnej 5 dawki leku – do decyzji lekarza prowadzącego.</li></ol> <p>Badania z pkt 6 i 7 wykonuje się co 6 miesięcy.</p> <p><b>2.1.2. Deksametazonem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS;</li><li>2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;</li><li>3) ocena dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT);</li></ol> <p>Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p>
--	--	---

<p><b>2.1. Czas leczenia w programie adalimumabem</b></p> <p>W przypadku braku powikłań leczenie powinno być prowadzone przez 24 miesiące.</p> <p>Za remisję należy uznać brak aktywności choroby zgodnie z kryteriami SUN, trwający dłużej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia.</p> <p><b>2.2. Czas leczenia w programie deksametazonem w postaci implantu</b></p> <p>Pacjent, u którego przed podaniem kolejnego implantu nie stwierdza się obrzęku płamki zostaje wyłączony z programu.</p> <p>W przypadku nawrotów obrzęku płamki u takiego pacjenta, może być on ponownie włączony do programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji.</p> <p>Pacjent w ramach programu może otrzymać maksymalnie 3 dawki deksametazonu do jednego oka.</p> <p>W przypadku utrzymującego się obrzęku bez wykładników zapalenia leczenie powinno być kontynuowane do łącznej dawki 3 podań do jednego oka. W przypadku nawrotu obrzęku płamki po 3 dawkach deksametazonu leczenie nie powinno być kontynuowane ze względu na brak skuteczności.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie w co najmniej jednym oku, w czasie co najmniej 6 tygodni od rozpoczęcia terapii adalimumabem lub w oku poddanym leczeniu po 4 miesiącach od rozpoczęcia terapii deksametazonem, co najmniej jednej z poniższych zmian:</p> <p>a) nowych aktywnych zmian zapalnych naczyńki lub siatkówki lub naczyń siatkówki</p>		<p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się z porównaniem do wartości uzyskanych przy kwalifikacji do programu.</p> <p>W celu oceny skuteczności leczenia wykonuje się badanie okulistyczne obejmujące:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS;</li><li>2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego;</li><li>3) ocenę przedniego odcinka i dna oka;</li><li>4) ocenę płamki za pomocą optycznej koherentnej tomografii (OCT);</li><li>5) opcjonalnie angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – dla terapii deksametazonem.</li></ol> <p><b>2.2.1. Kryteria oceny skuteczności leczenia adalimumabem</b></p> <p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdej kolejnej 5 dawki leku.</p> <p>Poprawa definiowana jest jako:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklanego, według kryteriów SUN:<ol style="list-style-type: none"><li>a) <math>0 \leq 2</math> przy stanie początkowym większym lub równym 2;</li><li>b) do poziomu 0 przy stanie początkowym mniejszym niż 2;</li></ol></li><li>lub</li><li>2) zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyńki lub siatkówki lub naczyń siatkówki</li><li>lub</li></ol>
--	--	--

<p>lub</p> <p>b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o co najmniej 15 liter na tablicach Snellena lub ETDRS</p> <p>lub</p> <p>c) zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklonego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– do stopnia 0,5+ dla pacjentów, którzy przy kwalifikacji osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN lub</li><li>– o 2 stopnie lub zwiększenie ze stopnia +3 na +4 dla pozostałych pacjentów;</li></ul> <p>2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają monitorowanie przebiegu leczenia lub jego dalsze prowadzenie;</p> <p>5) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>3) poprawa BCVA o 3 linie na tablicach Snellena lub 15 liter na tablicy ETDRS</p> <p>lub</p> <p>4) stabilizacja ostrości wzroku.</p> <p><b>2.2.2. Kryteria oceny skuteczności leczenia deksametazonem</b></p> <p>Po 4 miesiącach od pierwszego podania implantu (+/- 7 dni) dokonuje się oceny pod kątem wystąpienia zmian opisanych w podpunkcie 1 kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdego kolejnego implantu (w dniu podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem), nie rzadziej niż co 6 miesięcy.</p> <p>Poprawa umożliwiająca dalsze leczenie definiowana jest jako:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) zmniejszenie grubości siatkówki o <math>\geq 10\%</math> i <math>&gt; 50 \mu\text{m}</math> w stosunku do wartości przed pierwszym podaniem leku w programie (w centralnym polu OCT);</li><li>2) poprawa BCVA o co najmniej 1 linię na tablicach Snellena lub ETDRS.</li></ol> <p>Brak spełnienia tych warunków łącznie na wizycie przed podaniem kolejnego implantu uniemożliwia dalsze leczenie w programie i ponowną kwalifikację.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji</li></ol>
---	--	--

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

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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anti-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:</p> <p>1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych lub</p> <p>1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anti-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (<math>\geq 20</math> mg dz. &gt; 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów)</p> <p>lub</p> <p>1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> 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.</p>	<p><b>Entekawir:</b> 0,5 mg 1x dobę lub <b>Tenofowir:</b> 245 mg 1 x na dobę</p> <p><i>Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</i></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) HBsAg</li> <li>2) anti-HBs</li> <li>3) anti-HBc IgG/całkowite</li> <li>4) HBV DNA ilościowe</li> <li>5) morfologia krwi</li> <li>6) ALT</li> <li>7) kreatynina</li> </ol> <p><b>2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ALT</li> <li>2) HBV DNA</li> </ol> <p><b>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:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) HBV DNA</li> </ol>

<p>Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.</p>		<p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych.</li><li>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.</li><li>3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.107.

**LECZENIE CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ POKRZYWKĄ SPONTANICZNĄ (ICD-10: L50.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek <math>\geq</math> 12. roku życia;</p> <p>2) udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu;</p> <p>3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami:</p> <p>a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7 <math>\geq</math> 28 oraz</p> <p>b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI <math>\geq</math> 10;</p> <p>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;</p> <p>5) w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia.</p> <p><b>2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych jako UAS7 &gt; 16 lub DLQI <math>\geq</math> 10;</p>	<p><b>1. Dawkowanie omalizumabu</b></p> <p>Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnie co 4 tygodnie z uwzględnieniem rekomendacji EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/Euro GuiDerm/APAAACI.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>2) ocena nasilenia objawów pokrzywki:</p> <p>a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7,</p> <p>b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) CRP;</p> <p>5) TSH;</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (ALAT);</p> <p>7) kreatynina i mocznik w surowicy;</p> <p>8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:</b></p> <p>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</p> <p>2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.</p>



<p>2) ciąża lub laktacja;</p> <p>3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu;</p> <p>4) izolowany obrzęk naczynioruchowy;</p> <p>5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych;</p> <p>6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa;</p> <p>7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi;</p> <p>8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Po upływie 24 tygodni (+/-14dni) leczenie omalizumabem zostaje zawieszane. 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>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.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta.</p> <p>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p><b>2.2. Po 12 i 24 (+/- 14 dni) tygodniu leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</li><li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>3) CRP;</li><li>4) TSH;</li><li>5) aminotransferaza alaninowa (ALAT);</li><li>6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</li><li>7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni (+/-14 dni) leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</li><li>2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych.</li></ol> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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</li></ol>
--	--	---

<p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>4. Kryteria ponownego włączenia do programu</b></p> <p>Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu</li><li>albo</li><li>2) planowej przerwy w leczeniu.</li></ol> <p>Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.</p>		<p>zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	---

Załącznik B.108.FM.

**LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM RDZENIASTYM TARCZYCY (ICD-10: C73)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie raka rdzeniastego tarczycy substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>wandetanib</i>;</li> <li>2) <i>selperkatynib</i>.</li> </ol> <p>Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie;</li> <li>2) choroba miejscowo zaawansowana lub uogólniona - po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii;</li> <li>3) obecność zmian mierzalnych według aktualnych kryteriów RECIST;</li> <li>4) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie <i>wandetanibu</i></b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Zalecana dawka <i>wandetanibu</i> wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 300 mg na dobę.</li> </ol> <p><b>2. Dawkowanie <i>selperkatynibu</i></b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Zalecana dawka <i>selperkatynibu</i> wynosi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 120 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała mniejszej niż 50 kg,</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie AlAT i AspAT;</li> <li>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA;</li> <li>7) oznaczenie stężenia TSH;</li> <li>8) badanie ogólne moczu;</li> <li>9) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K;</li> <li>10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>11) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>12) EKG z oceną odstępu QTc;</li> <li>13) TK lub MR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby;</li> <li>14) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej - w przypadku <i>wandetanibu</i>.</li> </ol>

<p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL;</p> <p>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL;</p> <p>7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;</p> <p>8) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>9) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.2.1. Terapia <i>wandetanibem</i></b></p> <p>1) wiek powyżej 18 lat;</p> <p>2) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu - konieczność udokumentowania progresji według RECIST w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia <i>wandetanibem</i>;</p> <p>3) stan sprawności 0-2 według ECOG;</p> <p><b>1.2.2. Terapia <i>selperkatynibem</i></b></p> <p>1) wiek co najmniej 12 lat;</p> <p>2) niepowodzenie lub nietolerancja farmakoterapii systemowej z użyciem <i>wandetanibu</i> lub <i>kabozantynibu</i>;</p> <p>3) potwierdzona mutacja germinalna lub somatyczna w genie RET w guzie (pozytywny wynik testu DNA linii zarodkowej w kierunku mutacji w genie RET jest dopuszczalny przy braku badań tkanki nowotworowej);</p>	<p>b) 160 mg podawane dwa razy na dobę - w przypadku masy ciała równej 50 kg lub większej.</p>	<p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Terapia <i>wandetanibem</i></b></p> <p><b>2.1.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:</b></p> <p>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;</p> <p>2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi.</p> <p><b>2.1.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:</b></p> <p>1) oznaczenie AlAT i AspAT;</p> <p>2) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);</p> <p>6) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);</p> <p>7) badanie EKG z oceną QTc;</p> <p>8) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane).</p> <p><b>2.1.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie AlAT i AspAT;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p>
---	--	--

- 4) dostępna zarchiwizowana próbka tkanki nowotworowej (z zastrzeżeniem jak w pkt. 3);
- 5) brak potwierdzonego dodatkowego (zatwierdzonego) czynnika onkogennego, który może powodować oporność na leczenie;
- 6) brak wcześniejszego leczenia selektywnym inhibitorem(a)mi RET;
- 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);
- 8) co najmniej jedna mierzalna zmiana, zgodnie z aktualną definicją RECIST lub RANO i wcześniej nie napromieniana;
- 9) stan sprawności:
  - a) dorośli 0-2 w skali ECOG,
  - b) pacjenci do 16 roku życia  $\geq 40$  w skali Lansky'ego.

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;
- 6) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA;
- 7) oznaczenie stężenia TSH;
- 8) badanie ogólne moczu;
- 9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.

### 2.1.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:

- 1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej- w przypadku *wandetanibu*.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.

## 2.2. Terapia *selperkatynibem*

### 2.2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;
- 3) oznaczenie AlAT i AspAT;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny.

### 2.2.2. Co najmniej raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;

<ol style="list-style-type: none"><li>1) udokumentowana progresja według aktualnych kryteriów RECIST;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) pogorszenie stanu sprawności, związane z leczeniem, o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg ECOG u dorosłych (dotyczy <i>selperkatynibu</i> i <i>wandetanibu</i>) lub do wartości 30 w skali Lansky'ego u pacjentów do 16. roku życia (dotyczy <i>selperkatynibu</i>);</li><li>5) ciąża lub okres karmienia piersią;</li><li>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub wycofanie zgody na leczenie.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</li><li>4) oznaczenie AlAT i AspAT;</li><li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny.</li></ol> <p><b>2.2.3. Badania wykonywane co 2 miesiące przez kolejne 6 miesięcy lub w przypadku wskazań klinicznych:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;</li><li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</li><li>4) oznaczenie AlAT i AspAT;</li><li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny.</li></ol> <p><b>2.2.4. Badania wykonywane co 3 miesiące po roku od rozpoczęcia leczenia lub w przypadku wskazań klinicznych:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;</li><li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>3) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi;</li><li>4) oznaczenie AlAT i AspAT;</li><li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>7) oznaczenie stężenia TSH, kalcytoniny i CEA;</li><li>8) badanie ogólne moczu;</li><li>9) badanie TK lub MR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.</li></ol> <p>Dodatkowo, należy monitorować ciśnienie tętnicze w trakcie leczenia i w razie potrzeby zastosować standardową terapię przeciwnadciśnieniową.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
---	--	--

		<p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności terapii</b></p> <p>1) ocena skuteczności (w oparciu o aktualne kryteria RECIST) - co 3 miesiące:</p> <p>a) wskaźniki efektywności:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR),</li><li>- czas trwania odpowiedzi (DOR),</li><li>- przeżycie bez progresji choroby (PFS),</li><li>- przeżycie całkowite (OS),</li><li>- jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL) na podstawie dostępnych, standardowych kwestionariuszy.</li></ul> <p>b) oczekiwane korzyści zdrowotne dla <i>selperkatynibu</i> (wg badania rejestracyjnego):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- mediana OS ok 33,25 miesięcy,</li><li>- prawdopodobieństwo OS w punktach czasowych dla:<ul style="list-style-type: none"><li>i. 12 miesięcy: 87%,</li><li>ii. 18 miesięcy: 77%,</li><li>iii. 24 miesiące: 77%,</li></ul></li><li>- ORR = 69%,</li><li>- prawdopodobieństwo DOR (mediana DOR nie została osiągnięta w trakcie trwania badania), w punktach czasowych dla:<ul style="list-style-type: none"><li>i. 6 miesięcy: 32%,</li><li>ii. 6-12 miesięcy: 31%,</li><li>iii. 12-18 miesięcy: 24%,</li></ul></li></ul>
--	--	--

		<p>iv. 18-24 miesięcy: 8%, v. <math>\geq 24</math> miesięcy: 4%,</p> <p>– prawdopodobieństwo PFS (mediana PFS nie została osiągnięta w trakcie trwania badania) w punktach czasowych dla:</p> <p>i. 12 miesięcy: 77%, ii. 18 miesięcy: 68 %, iii. 24 miesiące: 61%,</p> <p>– poprawa lub stabilizacja we wszystkich domenach HRQoL;</p> <p>2) ocena bezpieczeństwa terapii</p> <p>a) monitorowanie częstość występowania działań niepożądanych.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR),</li><li>– czas trwania odpowiedzi (DOR),</li><li>– przeżycie bez progresji choroby (PFS),</li><li>– przeżycie całkowite (OS),</li><li>– jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL);</li></ul>
--	--	---



		<p>3) w przypadku wyłączenia pacjenta z programu – przekazywanie informacji czy powodem zakończenia była progresja choroby czy inne kryteria zgodnie z punktem 3. Kryteria wyłączenia - dotyczy selperkatynibu;</p> <p>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.</p>
--	--	--

Załącznik B.109.

## LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH 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
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>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</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</b></p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynurii oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</b></p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną</p>	<p>Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną.</p> <p>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 dekomensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący.</p> <p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</b></p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</b></p>	<p>Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych.</p> <p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie podmiotowe;</li> <li>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);</li> <li>3) Stężenie karnityny wolnej;</li> <li>4) Stężenie karnityny całkowitej;</li> <li>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie podmiotowe;</li> <li>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);</li> <li>3) Stężenie karnityny wolnej;</li> <li>4) Stężenie karnityny całkowitej;</li> <li>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.</li> </ol>

<p>zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)</b> 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.</p> <p><b>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)</b> 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.</p> <p><b>1.5. Acyduria propionowa (PA)</b> 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.</p> <p><b>1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2</b> 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.</p> <p><b>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</b></p>	<p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.5. Acyduria propionowa (PA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.6. Zaburzenia spalania długołańcuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</b></p>	<p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>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;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	---	--

<p>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.</p> <p><b>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</b> 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.</p> <p><b>1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</b> 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.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę</p>	<p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p>	
--	--	--

Załącznik B.110.

## LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓLCZULNYM (ICD-10: C47)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii</b></p> <p>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.</p> <p><b>2. Rodzaje programów</b></p> <p><b>A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</b></p> <p><b>A.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami <i>International Neuroblastoma Staging System</i> (INSS);</li> <li>2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania</li> <li>lub</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Dawkowanie:</b></p> <p>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).</p> <p>Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m<sup>2</sup>/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni.</p> <p>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</p>	<p><b>A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</b></p> <p><b>A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),</li> <li>b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy,</li> <li>c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub badanie PET),</li> </ol> </li> </ol>

<p>b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku &gt;12 miesięcy w momencie rozpoznania;</p> <p>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;</p> <p>4) wiek <math>\geq 12</math> miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii;</p> <p>5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia;</p> <p>6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);</p> <p>7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta;</p> <p>8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;</p> <p>9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);</p> <p>10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.</p> <p>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.</p> <p><b>A.2. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);</p>	<p>opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta.</p> <p>Równoległe z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.</p>	<p>d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,</p> <p>e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;</p> <p>2) ocena funkcji narządów:</p> <p>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa <math>\geq 30\%</math>) oraz EKG,</p> <p>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC <math>&gt;60\%</math>), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SATO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</p> <p>c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC <math>&gt;500/u\ell</math>; stabilna liczba płytek <math>&gt;20.000/u\ell</math> oraz Hb <math>&gt;8.0</math> g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,</p> <p>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,</p> <p>e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR,</p> <p>f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,</p> <p>g) ocena słuchu,</p> <p>h) badanie EEG,</p> <p>i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,</p> <p>j) zdjęcie klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.</p> <p><b>A.2. Monitorowanie leczenia</b></p>
--	--	---

- 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 płucnej.

### 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<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem,
  - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych  $\geq 500/\mu\text{l}$ , liczba płytek krwi  $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$ , hemoglobina >8,0 g/dl, niewykłuczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych,
  - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
  - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
  - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
  - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
  - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
  - d) układ krzepnięcia: 1 doba,
  - e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,
  - f) EKG w 1 i 11 dobie,
  - g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego

<p>d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,</p> <p>e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia,</p> <p>f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii,</p> <p>2) wskazania do przerywania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):</p> <p>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,</p> <p>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <math>&lt;125</math> mmol/l trwająca <math>&gt;48</math> godzin lub hiponatremia ciężka <math>&lt;120</math> mmol/l,</p> <p>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurec oskrzeli),</p> <p>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC,</p> <p>e) neuropatia obwodowa 3 stopnia,</p> <p>f) kardi toksyczność <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,</p> <p>h) choroba posurowicza <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>i) toksyczności skórne <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p><b>B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego</b></p>		<p>cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego;</p> <p>3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:</p> <p>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,</p> <p>b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,</p> <p>c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),</p> <p>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.</p> <p><b>B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego</b></p> <p><b>B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii</b></p> <p>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:</p> <p>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),</p>
---	--	---



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  $\geq 12$  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, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub PET),

d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,

e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężenia katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;

2) ocena funkcji narządów:

a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa  $\geq 30\%$ ) oraz EKG,

b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC  $>60\%$ ), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,

c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC  $>500/\mu\text{l}$ ; stabilna liczba płytek  $>20.000/\mu\text{l}$  oraz Hb  $>8.0$  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<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,
  - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych  $\geq 500/\mu\text{l}$ , liczba płytek krwi  $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$ , hemoglobina  $>8,0\ \text{g/dl}$ ,
  - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
  - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
  - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
  - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
  - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
  - d) układ krzepnięcia: 1 doba,

7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.

### **B.3. Określenie czasu leczenia według programu**

Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu.

### **B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie**

1) bezwzględne wskazania do przerywania immunoterapii:

- a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwnowotworowego, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
- b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,
- c) zespół 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 przerywania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):

e) EKG w 8 i 11 dobie,

f) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego;

3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:

- a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,
- b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,
- c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),
- d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET).

### **C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych**

- 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy);
- 2) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu);
- 3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja;
- 4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy

<p>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,</p> <p>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia &lt;125 mmol/l trwająca &gt;48 godzin lub hiponatremia ciężka &lt;120 mmol/l,</p> <p>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurez oskrzeli),</p> <p>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2 stopnia WHO CTC,</p> <p>e) neuropatia obwodowa 3 stopnia,</p> <p>f) kardiotoxyczność <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,</p> <p>h) choroba posurowicza <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>i) toksyczności skórne <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p>		<p>mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu;</p> <p>5) ocena funkcji narządów:</p> <p>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa <math>\geq 30\%</math>) oraz EKG,</p> <p>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC &gt;60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</p> <p>c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej,</p> <p>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,</p> <p>e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR;</p> <p>6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku;</p> <p>7) ocena słuchu;</p> <p>8) badanie EEG;</p> <p>9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV;</p> <p>10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej);</p> <p>11) ocena hormonów tarczycy;</p> <p>12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).</p>
--	--	---

		<p><b>D. Monitorowanie efektów leczenia po zakończeniu immunoterapii</b> Co 12 miesięcy od zakończenia immunoterapii przez okres 5 lat informacja o progresji lub wznowie choroby.</p> <p><b>E. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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”;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li><li>4) zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych;</li><li>5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”.</li></ol>
--	--	---

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
<p>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.</p> <p><b>A. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH);</li> <li>2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego;</li> <li>3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie: <ol style="list-style-type: none"> <li>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);</li> <li>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</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>A. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.</p>	<p><b>A. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;</li> <li>2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);</li> <li>5) ocena stężenia IGF-I;</li> <li>6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA<sub>1c</sub>) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii;</li> <li>7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;</li> <li>8) oznaczenie stężenia TSH i FT4;</li> <li>9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384];</li> <li>10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych;</li> <li>11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem</li> </ol>

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 odstępianie 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 arginina;

- 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.

<p>5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia (ocena po 12 i 24 miesiącach);</p> <p>6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.</p>		<p><b>C. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
---	--	---



Załącznik B.112.

**LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie następującymi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>iwakaftorem w monoterapii</i>,</li> <li>2) <i>lumakaftorem/ iwakaftorem</i>,</li> <li>3) <i>tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</i>,</li> <li>4) <i>eleksakaftorem/ tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</i>,</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4.) dla poszczególnych terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy;</li> <li>2) pisemna zgoda pacjenta na udział w programie;</li> <li>3) zgoda na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy (pacjent powinien zostać</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Iwakaftor w monoterapii</b></p> <p><b>1.1.1.</b> wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała <math>\geq 7</math> kg do <math>&lt; 14</math> kg Granulat zawierający 50 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcz.</p> <p><b>1.1.2.</b> wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała <math>\geq 14</math> kg do <math>&lt; 25</math> kg Granulat zawierający 75 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcz.</p> <p><b>1.1.3.</b> wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała <math>\geq 25</math> kg Dawka poranna: Jedna tabletką zawierająca 150 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: Jedna tabletką zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p> <p><b>1.2. Lumakaftor/ iwakaftor</b></p> <p><b>1.2.1.</b> wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała <math>&lt; 14</math> kg Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>1.1. W okresie do 1 tygodnia przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</li> </ol> <p>1.2. W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) test potowy;</li> <li>2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu);</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;</li> <li>6) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła;</li> <li>7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <math>&lt; 18</math>rz.</li> </ol> <p>1.3. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie obrazowe klatki piersiowej.</li> </ol>

<p>włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu);</p> <p>4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <p><b>1.2.1. pacjentów z mukowiscydozą iwakaftorem w monoterapii</b></p> <p>1) wiek 12 miesięcy i powyżej;</p> <p>2) potwierdzone wystąpienie jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu CFTR: mutacja bramkująca genu CFTR (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R.</p> <p><b>1.2.2. pacjentów z mukowiscydożą lumakaftorem/iwakaftorem</b></p> <p>1) wiek 2 lata i powyżej;</p> <p>2) potwierdzone wystąpienie mutacji F508del genu CFTR na obu allelach.</p> <p><b>1.2.3. pacjentów z mukowiscydożą tezakaftorem/iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</b></p> <p>1) wiek 6 lat i powyżej;</p> <p>2) homozygotyczność pod względem mutacji F508del lub heterozygotyczność pod względem mutacji F508del i obecność jednej z następujących mutacji genu CFTR: P67L, R117C, L206W,</p>	<p>Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.</p> <p><b>1.2.2. wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała <math>\geq 14</math> kg</b></p> <p>Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg.</p> <p><b>1.3. Tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem</b></p> <p><b>1.3.1. wiek 6 do &lt; 12 lat oraz masa ciała &lt; 30 kg</b></p> <p>Dawka poranna: 1 tabletkę zawierająca 50 mg tezakaftoru/ 75 mg iwakaftoru.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletkę zawierająca 75 mg iwakaftoru.</p> <p><b>1.3.2. wiek 6 do &lt; 12 lat oraz masa ciała <math>\geq 30</math> kg</b></p> <p>Dawka poranna: 1 tabletkę zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletkę zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p> <p><b>1.3.3. wiek <math>\geq 12</math> lat</b></p> <p>Dawka poranna: 1 tabletkę zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru.</p> <p>Dawka wieczorna: 1 tabletkę zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p> <p><b>1.4. Eleksakaftor/ tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem</b></p> <p><b>1.4.1. wiek 12 lat i powyżej</b></p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania wykonywane po 24 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:</p> <p>a) test potowy,</p> <p>b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu),</p> <p>c) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła;</p> <p>2) badania wykonywane po 12, 24, 36 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny;</p> <p>3) badania wykonywane co 48 tygodni (+/- 14 dni), po 48 tygodniu od rozpoczęcia leczenia:</p> <p>a) test potowy,</p> <p>b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu),</p> <p>c) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła,</p> <p>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny,</p> <p>e) konsultacja okulistyka u pacjentów &lt;18rż;</p> <p>4) badania wykonywane na każdej wizycie:</p> <p>a) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem.</p>
--	--	---

<p>R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kbC→T.</p> <p><b>1.2.4. pacjentów z mukowiscydozą eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 12 lat i powyżej;</li><li>2) homozygotyczność pod względem mutacji F508del genu CFTR lub heterozygotyczność pod względem mutacji F508del z mutacją o minimalnej wartości funkcji (MF) genu CFTR.</li></ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu mukowiscydozy, decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak skuteczności leczenia w ocenie trzyosobowego konsylium lekarskiego;</li><li>2) stan po przeszczepieniu płuc;</li><li>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</li></ol>	<p>Dawka poranna: Dwie tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru).</p> <p>Dawka wieczorna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>Po każdym 48 tygodniach leczenia powyższymi terapiami należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności w odniesieniu do parametrów zmierzonych przed rozpoczęciem leczenia.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><u>Wskaźniki efektywności mierzone po każdym 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni):</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena funkcji płuc na podstawie badań spirometrycznych, u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie odpowiedniego testu (np. FEV1, FVC, MMEF lub LCI 2,5%);</li><li>2) stężenie jonów chloru w pocie;</li><li>3) liczba hospitalizacji;</li><li>4) liczba zaostrzeń oskrzelowo-płucnych (leczonych dożylnie antybiotykami).</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością</li></ol>
---	---	---

<p>zmniejszeniu i ustabilizowaniu aktywności tych parametrów, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem;</li><li>5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;</li><li>6) okres ciąży lub planowania ciąży lub karmienia piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią), (zalecenie wynika z braku wystarczających danych bezpieczeństwa; stosowanie jest możliwe, o ile lekarz prowadzący i pacjentka wyrażą na to zgodę);</li><li>7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>8) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>10) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy;</li><li>11) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol>		<p>zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;</li><li>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.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.113.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI NEREK (ICD-10: N18)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>ketoanalogami aminokwasów</i>,</p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO;</li> <li>2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego;</li> <li>3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia &gt; 1 500/mm<sup>3</sup>;</li> <li>4) BMI 18-30 kg<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>;</li> <li>5) redukcja eGFR &lt; 2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją;</li> <li>6) proteinuria w zakresie &lt; 2,0 g/g kreatyniny/dobę;</li> <li>7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥ 3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka leku Ketosteril wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków.</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>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 0,8 g/kg m.c./dobę.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalenie mocznika/BUN);</li> <li>2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD lub CKD-EPI dla kreatyniny, cystatyny lub obu;</li> <li>3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;</li> <li>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<sup>3</sup>;</li> <li>5) badanie ogólne moczu;</li> <li>6) ocena stężenia białka w porannej porcji moczu;</li> <li>7) ocena dobowego wydalania białka (w g/g kreatyniny lub g/24h);</li> <li>8) ocena dobowego wydalania fosforu (g/24h);</li> <li>9) ocena BMI.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane co 30 dni: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;</li> </ol> </li> </ol>

<p>m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN;</p> <p>8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka;</p> <p>9) brak udokumentowanych zaburzeń metabolizmu aminokwasów;</p> <p>10) wykluczenie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego;</p> <p>11) wykluczenie hiperkalcemii;</p> <p>12) wykluczenie istotnych chorób towarzyszących (źle kontrolowana cukrzyca – HbA1c.&gt;7,5%, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);</p> <p>13) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>14) nieobecność innych istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu określenia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>		<p>b) badanie krwi z oceną stężenia: albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, limfocytów, mocznika, kwasu moczowego i glukozy;</p> <p>2) badania wykonywane co 90 dni:</p> <p>a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN),</p> <p>b) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy,</p> <p>c) ocena aktywności fosfatazy zasadowej,</p> <p>d) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD,</p> <p>e) ocena BMI,</p> <p>f) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr);</p> <p>3) konsultacje wykonywane co 30 dni:</p> <p>a) konsultacja nefrologiczna,</p> <p>b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety;</p> <p>Po każdym roku leczenia <i>ketoanalogami aminokwasów</i> należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności.</p> <p><u>Wskaźniki efektywności:</u></p> <p>1) hamowanie progresji choroby na podstawie spadku eGFR;</p> <p>2) w badaniach krwi stabilne poziomy stężenie albuminy, potasu, fosforanów, mocznika;</p> <p>3) brak zaburzeń: hiperkaliemia, hiperfosfatemia, kwasica metaboliczna.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>
---	--	---

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) kwalifikacja lub rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego;</li><li>2) wystąpienie nietolerancji leczenia bądź objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO;</li><li>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 0,8 g/kg m.c./dobę;</li><li>5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych, ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów;</li><li>6) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>) bądź anoreksji.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.114.

**LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10: C92.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>W ramach programu lekowego, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami, udostępnia się poniższe terapie:</b></p> <p><b>1) w I linii leczenia ostrej białaczki szpikowej:</b></p> <p>a) <i>leczenie midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (pacjenci z mutacją FLT3),</i> albo</p> <p>b) <i>leczenie gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną (bez względu na status mutacji FLT3),</i> albo</p> <p>c) <i>leczenie wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną (bez względu na status mutacji FLT3);</i></p> <p><b>2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową:</b></p> <p>a) <i>leczenie azacytydyną doustną w monoterapii;</i></p> <p><b>3) w II i kolejnych liniach leczenia ostrej białaczki szpikowej:</b></p> <p>a) <i>leczenie gilterytynibem w monoterapii (pacjenci z mutacją FLT3).</i></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych terapii.</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków w terapii</b></p> <p><b>1.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <p><b>1.1.1. Leczenie indukujące</b></p> <p><u>Pierwszy cykl:</u></p> <p>Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu.</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w infuzji dożyłnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.</p> <p>Cytarabina – dawka 100-200 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożyłnej w okresie od 1. do 7. dnia cyklu.</p> <p><u>Drugi cykl:</u></p> <p>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).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do I linii leczenia oraz do II i kolejnych linii leczenia ostrej białaczki szpikowej</b></p> <p>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:</p> <p>a) potwierdzające obecność mutacji <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii <i>midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i> oraz <i>gilterytynibem w monoterapii</i>.</p> <p>U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia gilterytynibem możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji <i>FLT3</i> wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego),</p>



<p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>2) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> <li>3) stan sprawności według ECOG: 0-2, jeśli ECOG 2 wynika z aktywności ostrej białaczki przed rozpoczęciem leczenia I linii (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i> – pkt. 1.2.3.4.b);</li> <li>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li> <li>6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</li> <li>7) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej;</li> <li>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne ekspertów European LeukemiaNet;</li> <li>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</li> </ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa;</li> <li>3) udokumentowana obecność mutacji genu <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]);</li> <li>4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej.</li> </ol>	<p><b>1.1.2. Leczenie konsolidujące</b></p> <p>U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 3 do 4 cykli leczenia konsolidującego:</p> <p>Midostauryna – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia każdego cyklu.</p> <p>Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m<sup>2</sup> (500-1000 mg/m<sup>2</sup>, 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.</p> <p><b>1.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <p><b>1.2.1. Leczenie indukujące</b></p> <p><u>Pierwszy cykl:</u></p> <p>Gemtuzumab ozogamycyny – zalecana dawka 3 mg/m<sup>2</sup> pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w infuzji w 1., 4. i 7. dniu. Gemtuzumab może być również stosowany w jednorazowym podaniu tylko w dniu 1. cyklu indukującego zgodnie z zaleceniami European LeukemiaNet.</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia.</p> <p>Cytarabina – dawka 100-200 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożylnej w okresie od 1. do 7. dnia.</p> <p><u>Drugi cykl:</u></p> <p>Jeżeli konieczny jest drugi cykl leczenia indukującego, gemtuzumabu ozogamycyny nie</p>	<p>b) badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych – w przypadku terapii <i>gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i>;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) ocena stanu ogólnego (ECOG);</li> <li>3) ocena chorób współistniejących (HCT-CD);</li> <li>4) badania laboratoryjne:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,</li> <li>c) koagulogram: APTT, PT lub INR, fibrynogen,</li> <li>d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> </ol> </li> <li>5) EKG;</li> <li>6) ECHO serca (do decyzji lekarza);</li> <li>7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza);</li> <li>8) punkcja łędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN);</li> <li>9) eGFR oraz przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb) – w przypadku terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i>;</li> <li>10) stężenie magnezu, kinaza fosfokreatynowa, fosfataza alkaliczna (ALP) – w przypadku terapii <i>gilterytynibem w monoterapii</i>.</li> </ol>
---	---	---

<p><b>1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 15 lat i powyżej;</li><li>2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> z ekspresją antygeny CD33 na komórkach blastycznych;</li><li>3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej;</li><li>4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej;</li><li>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);</li><li>6) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki szpikowej wtórnej (po zespole mielodysplastycznym [MDS; ang. myelodysplastic syndrom] lub przewlekłych zespołach mieloproliferacyjnych) oraz ostrej białaczki szpikowej zależnej od chemo- lub radioterapii.</li></ol> <p><b>1.2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO;</li><li>3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego przygotowującego pacjenta do leczenia <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i>);</li><li>4) niekwalifikowanie się do standardowej intensywnej chemioterapii, definiowane jako:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wiek 75 lat i powyżej,</li></ol>lub</li></ol>	<p>należy podawać podczas tego cyklu. Podczas drugiego cyklu leczenia indukującego należy podawać wyłącznie daunorubicynę i cytarabinę w następującym zalecanym schemacie dawkowania:</p> <p>Daunorubicyna – dawka 60 mg/m<sup>2</sup> pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu.</p> <p>Cytarabina – dawka 1000 mg/m<sup>2</sup> pc. (500-1000 mg/m<sup>2</sup>, jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinnym wlewie dożylnym, co 12 godzin w okresie od 1. do 3. dnia cyklu.</p> <p><b>1.2.2. Leczenie konsolidujące</b></p> <p>U pacjentów, u których w wyniku leczenia indukującego uzyskano całkowitą remisję (CR) stosuje się od 2 do 4 cykli leczenia konsolidującego:</p> <p>Gemtuzumab ozogamycyny – dawka 3 mg/m<sup>2</sup> pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli).</p> <p>Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m<sup>2</sup> (500-1000 mg/m<sup>2</sup>, 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.</p> <p><b>1.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</b></p> <p>Wenetoklaks – podawany doustnie według poniższego schematu dawkowania:</p> <p>Dzień 1: 100 mg/dobę;</p> <p>Dzień 2: 200 mg/dobę;</p> <p>Dzień 3 i kolejne: 400 mg/dobę.</p>	<p><b>1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia podtrzymującego doustną azacytydyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li><li>3) badanie potwierdzające remisję choroby – biopsja aspiracyjna szpiku (badanie powinno być wykonane w ciągu nie więcej niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia).</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia w przypadku terapii</b></p> <p><b>2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim, jeżeli był podany) cyklu indukującym;</li><li>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;</li><li>3) raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:<ol style="list-style-type: none"><li>a) biochemia: kreatynina, stężenie sodu, stężenie potasu, stężenie wapnia, glukoza, bilirubina, AST, ALT,</li></ol></li></ol>
--	---	--

<p>b) wiek 18-74 lat i obecność co najmniej jednego czynnika wymienionego poniżej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ECOG 2 lub 3 (jeśli ECOG 2 wynika z obecności chorób współistniejących),</li> <li>– wcześniejsza zastoinowa niewydolność serca wymagająca leczenia lub frakcja wyrzutowa <math>\leq 50\%</math> lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa,</li> <li>– zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO <math>\leq 65\%</math> lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 <math>\leq 65\%</math>,</li> <li>– klirens kreatyniny <math>\geq 30</math> ml/min do <math>&lt;45</math> ml/min,</li> <li>– umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny <math>&gt;1,5</math> do <math>\leq 3</math> ULN,</li> <li>– jakiegokolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii dające w skali indeksu chorób współistniejących (HCT-CI) <math>\geq 3</math> punktów lub w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) <math>&lt;6</math> punktów.</li> </ul> <p><b>1.2.4. azacytydyną doustną w monoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) ostra białaczka szpikowa w potwierdzonej pierwszej całkowitej remisji lub potwierdzonej remisji z niepełną regeneracją morfologii krwi po chemioterapii indukującej albo indukującej i konsolidującej;</li> <li>3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych lub brak zgody pacjenta na taką procedurę.</li> </ol> <p><b>1.2.5. gilterytynibem w monoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną:</li> </ol>	<p>W trakcie leczenia wenetoklaksem należy stosować profilaktykę zespołu rozpadu guza (TLS – Tumor Lysis Syndrome), zgodnie z opisem zawartym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku jednoczesnego stosowania leków będących silnymi lub umiarkowanymi inhibitorami CYP3A należy zmodyfikować dawkę wenetoklaksu zgodnie z zapisami w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Azacytydyna – dawka 75 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu.</p> <p><b>1.4. azacytydyną doustną w monoterapii</b></p> <p>Azacytydyna – zalecana dawka 300 mg podawana doustnie 1 raz na dobę w dniach 1-14 każdego 28-dniowego cyklu.</p> <p>W przypadku nawrotu choroby, gdy odsetek blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym wynosi 5–15%, należy, po wykonaniu oceny klinicznej, rozważyć wydłużenie schematu dawkowania z 14 do 21 dni powtarzającego się 28-dniowego cyklu. Produktu leczniczego nie należy podawać dłużej niż 21 dni w ciągu każdego 28-dniowego cyklu.</p> <p>Azacytydyny doustnej nie należy podawać zamiennie z azacytydyną w formie wstrzyknięć.</p> <p><b>1.5. gilterytynibem w monoterapii</b></p> <p>Gilterytynib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę.</p>	<p>b) koagulogram: APTT, PT;</p> <p>4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) EKG.</li> </ol> <p><b>2.2. gemituzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z morfologią krwi z rozmazem i oceną odpowiedzi na leczenie po każdym leczeniu indukującym i konsolidującym;</li> <li>2) pomiędzy 10. a 14. dobą od podania ostatniej dawki gemituzumabu ozogamycyny w cyklu indukującym i konsolidującym lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:</li> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) biochemia: bilirubina, AST, ALT,</li> <li>b) koagulogram: APTT, PT lub INR;</li> </ol> <li>3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta:</li> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) EKG.</li> </ol> </ol> <p><b>2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ol>
---	---	--

<p>a) opornością na leczenie (brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną po co najmniej jednym cyklu terapii indukującej), lub b) nawrotem po leczeniu ostrej białaczki szpikowej - wymagane potwierdzenie w nawrocie obecności mutacji <i>FLT3</i>, tj. <i>FLT3-ITD</i>, <i>FLT3-TKD/D835</i> lub <i>FLT3-TKD/I836</i> z materiału ze szpiku kostnego lub krwi lub ogniska pozaszpikowego.</p> <p>W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji <i>FLT3</i>.</p> <p><b>1.3.</b> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:</p> <p><b>2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) leczenie indukujące – to maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego w połączeniu z midostauryną);</li><li>2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach</li></ol>	<p>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.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p>	<p>leczenia, a kolejna biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia progresji;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność LDH;</li></ol></li><li>3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem:<ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>b) biochemia: kreatynina, stężenie potasu, AST i ALT.</li></ol></li></ol> <p><b>2.4. azacytydyną doustną w monoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;</li><li>2) morfologia krwi z rozmazem – co drugi tydzień przez pierwsze 2 cykle leczenia (56 dni), a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia.</li></ol> <p>W przypadku modyfikacji dawki leku konieczne dodatkowe monitorowanie morfologii co drugi tydzień przez następne 2 cykle leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi.</p>
---	--	---

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. *gentuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną***

1) leczenie indukujące – to jeden cykl leczenia indukującego z zastosowaniem gentuzumabu ozogamycyny; jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego, ale bez gentuzumabu ozogamycyny;

2) po osiągnięciu całkowitej remisji choroby (zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet) po leczeniu indukującym, kontynuacja w postaci leczenia konsolidującego od 2 do 4 cykli leczenia (w tym do 2 cykli z gentuzumabem ozogamycyny), u chorych z potwierdzonymi cytogenetycznie korzystnymi lub pośrednimi czynnikami rokowniczymi.

Do rozważenia pominięcie gentuzumabu w cyklu/cyklach konsolidujących celem zmniejszenia ryzyka choroby wenookluzyjnej wątroby (VOD), jeśli planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych.

### **2.3. *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

### **2.5. *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.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

### **3. Monitorowanie programu**

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na

nieakceptowalnej toksyczności. Odpowiedź na leczenie może być opóźniona, dlatego należy rozważyć kontynuowanie stosowania zalecanej dawki do 6 miesięcy, aby zapewnić czas na odpowiedź kliniczną (bez progresji choroby).

U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie gilterytynibem należy przerwać na jeden tydzień przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT.

Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności terapii definiowany jako:
  - a) brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego (brak skuteczności terapii) albo progresja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii konsolidującej – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* albo *gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*,
  - b) progresja choroby w trakcie leczenia – w przypadku terapii *wenetoklaxem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu);
  - c) progresja choroby w trakcie leczenia (tj. ponad 15% blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym) – w przypadku terapii *azacytydyną doustną w monoterapii*;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;

żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
  - a) całkowita odpowiedź (CR),
  - b) częściowa odpowiedź (PR),
  - c) choroba stabilna (SD),
  - d) brak odpowiedzi (NR),
  - e) progresja choroby (PD),
  - f) przeżycie bez progresji choroby (PFS),
  - g) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

<p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;</p> <p>7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii <i>midostauryną</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> lub <i>gilterytynibem</i> w monoterapii.</p>		
--	--	--

Załącznik B.115.

## LECZENIE AGRESYWNEJ MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ, MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ Z WSPÓLISTNIEJĄCYM 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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. <i>aggressive systemic mastocytosis</i> – ASM), mastocytoza układowa z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego (ang. <i>systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm</i> – SM-AHN) lub białaczka mastocytarna (ang. <i>Mast cell leukemia</i> – MCL);</p> <p>2) obecność jednego lub więcej objawów wynikających z nacieków komórkami tucznyymi:</p> <p>a) neutropenia <math>&lt;1 \times 10^9/L</math> i/lub niedokrwistość <math>&lt;10</math> g/dL i/lub małopłytkowość <math>&lt;100 \times 10^9/L</math>;</p> <p>b) powiększona wątroba z wodobrzuszem i/lub zwiększonym stężeniem transaminaz i/lub nadciśnieniem wrotnym;</p> <p>c) splenomegalia z hipersplenizmem;</p> <p>d) zaburzenia wchłaniania z hypoalbuminemią i utratą wagi ciała;</p> <p>e) nasilona osteoliza i/lub osteoporoza i/lub patologiczne złamania kości;</p> <p>3) wiek <math>\geq 18</math> lat;</p> <p>4) stan ogólny ECOG 0-2;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka midostauryny wynosi 100 mg doustnie dwa razy na dobę.</p> <p>Midostaurynę podaje się w 28-dniowych cyklach.</p> <p>Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) ocena stanu ogólnego (ECOG);</p> <p>2) badania laboratoryjne:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;</p> <p>c) APTT, PT, fibrynogen;</p> <p>d) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>3) EKG (ECHO serca w przypadku wywiadu kardiologicznego i/lub zmian w EKG);</p> <p>4) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę;</p> <p>5) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117);</p> <p>6) badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT;</p> <p>7) ocena stężenia tryptazy w surowicy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) Przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym</p>



<p>5) brak przeciwwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Kryteria wykluczające udział w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciężka niewydolność wątroby;</li><li>2) objawowa zastoinowa niewydolność serca;</li><li>3) czynne, ciężkie zakażenie;</li><li>4) ciąża lub karmienie piersią;</li><li>5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</li></ol> <p><b>3. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciąża lub karmienie piersią;</li><li>2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;</li><li>3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;</li><li>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);</li><li>5) rezygnacja pacjenta.</li></ol>		<p>roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;</li><li>c) APTT, PT;</li><li>d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach.</li></ol> <p>2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące.</li></ol> <p>3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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</li></ol>
--	--	--

<p><b>4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie</b></p> <p>Terapię należy kontynuować w cyklach 28-dniowych tak długo, jak długo obserwuje się korzyści kliniczne leczenia i/lub nie zachodzą kryteria z pkt. 3.</p>		<p>zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

Załącznik B.117.

**LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla;</li> <li>2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</li> <li>3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla;</li> <li>4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla;</li> <li>5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;</li> <li>6) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li> <li>7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;</li> <li>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;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie.</p> <p>Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla;</li> <li>2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI;</li> <li>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);</li> <li>4) badanie przedmiotowe;</li> <li>5) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>6) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>7) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>8) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,</li> <li>b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,</li> </ol> </li> </ol>

- 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego;
- 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem;
- 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C;
- 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach:
  - a) liczba leukocytów  $\geq 3 \times 10^9/l$ ,
  - b) liczba neutrofilów  $\geq 1,0 \times 10^9/l$ ,
  - c) liczba płytek krwi  $\geq 100 \times 10^9/l$ ,
  - d) stężenie hemoglobiny  $\geq 9 \text{ g/dl}$ ,
  - e) stężenie bilirubiny całkowitej  $\leq 1,5 \times \text{GGN}$  (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa
  - f) aktywność AST/ALT  $\leq 2,5 \times \text{GGN}$  u chorych bez przerzutów do wątroby i  $\leq 5 \times \text{GGN}$  u chorych z przerzutami
- 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym;
- 14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie

Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie awelumabem przed dniem wejścia w życie programu lekowego i spełniają łącznie następujące kryteria:

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI po 6-8 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych;
- 2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni:
  - a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,
  - b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,
- 3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- leczenie zostało włączone zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta,
- nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu.

–

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Progresja choroby z wyjątkiem pacjentów, u których wystąpi radiologiczna progresja choroby niezwiązana z ciężkim pogorszeniem stanu klinicznego, definiowanym jako wystąpienie nowych objawów lub pogorszenie obecnie występujących, u których nie obserwuje się zmiany w stopniu sprawności przez okres dłuższy niż dwa tygodnie i u których nie ma konieczności zastosowania leczenia ratującego życie;
- 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;
- 3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Załącznik B.118.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA CUSHINGA (ICD-10: E24.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dorośli chorzy w wieku co najmniej 18 lat;</li> <li>2) choroba Cushinga potwierdzona klinicznie i biochemicznie u pacjentów, u których wykonanie zabiegu operacyjnego guza przysadki nie jest możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem;</li> <li>3) choroba Cushinga spełniająca w momencie kwalifikacji poniższe kryteria: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu lub późnowieczorne stężenie kortyzolu w ślinie lub surowicy powyżej wartości referencyjnej,</li> <li>b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu.</li> </ol> </li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa w leczeniu choroby Cushinga wynosi 10 mg pasyreotydu.</p> <p>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.</p> <p>Kryteria, sposób modyfikacji dawkowania, sposób podania oraz środki ostrożności określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe – występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii;</li> <li>2) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu;</li> <li>3) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu;</li> <li>4) ocena wyrównania czynności tarczycy;</li> <li>5) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem;</li> <li>6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy <math>\geq 1</math> cm);</li> <li>7) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, kreatyniny i GFR;</li> <li>8) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>9) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);</li> </ol>

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) żółtaczką lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górną granicę normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;
- 7) niewyrównana niedoczynność tarczycy;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: stężenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu nie przekraczające górnej granicy normy laboratoryjnej lub zmniejszenie stężenia wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu o co najmniej 50% względem wartości wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasywytelem w najwyższej tolerowanej dawce;

10) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

### 2. Monitorowanie leczenia

Należy ocenić korzyści kliniczne u pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia, a następnie oceniać je okresowo.

- 1) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 2) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu i kortyzolu w surowicy krwi (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 3) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego układu podwzgórzowo-przysadkowego. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie to należy wykonywać co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w przypadku pojawienia się nowych ubytków w polu widzenia lub innych wskazań klinicznych;
- 4) oznaczanie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo lub samokontrola stężenia glukozy z zastosowaniem glukometru – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4 tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;

<p>9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>10) ciąża lub karmienia piersią;</p> <p>11) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody pacjenta na leczenie.</p>		<p>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;</p> <p>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;</p> <p>7) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstotnością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;</p> <p>8) oznaczenie poziomu sodu i potasu według wskazań klinicznych;</p> <p>9) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;</p> <p>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;</p> <p>11) ocena wyrównania czynności tarczycy co 6 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej</p>
--	--	---



		<p>przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	--

Załącznik B.119.

**LECZENIE PACJENTÓW ZE ZRÓŻNICOWANYM RAKIEM TARCZYCY (ICD-10: C 73)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się dwie linie leczenia zróżnicowanego raka tarczycy substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>sorafenib</i> (pierwsza linia leczenia);</li> <li>2) <i>kabozantynib</i> (druga linia leczenia).</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego;</li> <li>2) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>3) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą tomografii komputerowej (KT) lub rezonansu magnetycznego (MR) według klasyfikacji RECIST;</li> <li>4) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p> <p><b>1.1. Sorafenib</b></p> <p><i>Sorafenib</i> jest stosowany w dobowej dawce 800 mg bez przerw.</p> <p><b>1.2. Kabozantynib</b></p> <p><i>Kabozantynib</i> jest stosowany w dobowej dawce 60 mg bez przerw.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem i kabozantynibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) bilirubiny – w surowicy,</li> <li>b) kreatyniny;</li> </ol> </li> <li>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej;</li> <li>6) oznaczenie białka w moczu – dla <i>kabozantynibu</i>;</li> <li>7) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>8) scyntygrafia kości;</li> <li>9) MR lub KT jamy brzusznej i miednicy;</li> <li>10) RTG lub KT klatki piersiowej;</li> <li>11) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>12) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>13) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol>

<p>radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;</li><li>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</li><li>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li><li>8) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.</li></ol> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.2.1. Terapia sorafenibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytyjącej jodu lub progresji pomimo wychwyty jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii;</li><li>2) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;</li><li>3) progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu.</li></ol> <p><b>1.2.2. Terapia kabozantynibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy</li></ol>		<p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia sorafenibem i kabozantynibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie w surowicy krwi stężenia:<ol style="list-style-type: none"><li>a) bilirubiny,</li><li>b) kreatyniny,</li><li>c) transaminaz (AspAT, AlAT),</li><li>d) wapnia,</li><li>e) TSH;</li></ol></li><li>3) oznaczenie białka w moczu – dla <i>kabozantynibu</i>;</li><li>4) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla <i>kabozantynibu</i>;</li><li>5) EKG;</li><li>6) KT lub MR odpowiedniego obszaru ciała;</li><li>7) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) w przypadku leczenia <i>sorafenibem</i>;<ol style="list-style-type: none"><li>a) przez pierwsze dwa miesiące terapii- co 2 tygodnie,</li><li>b) od 3 do 6 miesiąca terapii – co miesiąc,</li><li>c) od 7 do 12 miesiąca terapii – co 3 miesiące,</li><li>d) po 12 miesiącu terapii – co 4 miesiące;</li></ol></li><li>2) w przypadku leczenia <i>kabozantynibem</i>:<ol style="list-style-type: none"><li>a) badania laboratoryjne co 4 tygodnie.</li></ol></li></ol> <p>Badania obrazowe (monitorowanie skuteczności leczenia) wykonuje się:</p>
--	--	---

<p>(udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytyjącej jodu lub progresji pomimo wychwyty jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi ) lub niekwalifikujący się do tej terapii, u pacjentów, u których stwierdzono progresję choroby w czasie poprzedniego leczenia systemowego lub po jego zakończeniu;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitora kinaz tyrozynowych;</li><li>3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG.</li></ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>sorafenibem</i> lub <i>kabozantynibem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji (ogólne i szczegółowe) do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;</li><li>2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami <math>\leq 5</math>, włączając w to progresję w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) w przypadku leczenia <i>sorafenibem</i> :<ol style="list-style-type: none"><li>a) pierwsze badanie wykonuje się po 12 tyg. leczenia, a kolejne co 6 miesięcy, o ile nie występują dodatkowe wskazania kliniczne;</li></ol></li><li>2) w przypadku leczenia <i>kabozantynibem</i>:<ol style="list-style-type: none"><li>a) nie rzadziej niż co 12 tygodni, a w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;</li></ol></li><li>3) ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
---	---

<p>skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych;</p> <p>3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;</p> <p>4) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;</p> <p>5) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 wg ECOG;</p> <p>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
---	--	--

Załącznik B.121.

**LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>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 zmiennego torowania.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>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.</p> <p>1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby:</p> <p>a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę;</p> <p>b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę).</p> <p>Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AIAT;</li> <li>3) AspAT;</li> <li>4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny);</li> <li>5) USG lub TK jamy brzusznej;</li> <li>6) oznaczenie przeciwciał anti-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li> <li>7) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li> <li>8) konsultacja ginekologiczna u kobiet;</li> <li>9) badanie EKG;</li> <li>10) oznaczenie stężenia kreatyniny.</li> </ol> <p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu.</p> <p><b>1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:</b></p>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciąża i karmienie piersią;</li><li>2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu;</li><li>3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna);</li><li>4) padaczka;</li><li>5) niewyrównana astma oskrzelowa;</li><li>6) jednoczesne stosowanie sultoprydu;</li><li>7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT;</li><li>8) występowanie wrodzonego zespołu QT.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) AIAT;</li><li>3) AspAT;</li><li>4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li><li>5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li><li>6) badanie EKG;</li><li>7) oznaczenie stężenia kreatyniny.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>3) AIAT;</li><li>4) AspAT;</li><li>5) badanie EKG;</li><li>6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li></ol>
---	--	--

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



Załącznik B.122.

## LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10: D 84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich- Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II;</li> <li>2) wiek od 12 roku życia;</li> <li>3) udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 12 ataków (brzuch, krtań, gardło) z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.</li> </ol> <p>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</p>	<p><b>1. Dawkowanie lanadelumabu</b></p> <p>Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie.</p> <p>U pacjentów z dobrą kontrolą 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.</p> <p>W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Do tego czasu Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>2) aktywność inhibitora C1 esterazy we krwi – badanie wymagane gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>3) stężenie składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>4) stężenie składowej C1q dopełniacza - badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni). Dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40 roku życia;</li> <li>5) morfologia krwi;</li> <li>6) badanie ogólne moczu;</li> <li>7) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);</li> <li>8) oznaczenie INR;</li> <li>9) oznaczenie poziomu:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li> <li>b) aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li> </ol> </li> </ol>

<p>warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciąża lub karmienie piersią - lekarz prowadzący w porozumieniu z Zespołem Koordynacyjnym może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia w przypadkach gdy przerwanie leczenia będzie nieść ze sobą wyższe ryzyko działań niekorzystnych, niż kontynuacja leczenia;</li><li>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;</li><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</li></ol> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią.</p>	<p>Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię HAE danego pacjenta.</p>	<p>c) bilirubiny całkowitej;</p> <p>10) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia</b></p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny, na podstawie uzupełnionej i udostępnionej w systemie elektronicznym karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi;</li><li>2) czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);</li><li>3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita;</li><li>4) oznaczenie INR;</li><li>5) ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego.</li></ol> <p>Badania wykonuje się co 6 miesięcy.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) częstość występowania ataków oraz ich ciężkość i lokalizację,</li><li>b) konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego.</li></ol> <p>Dane gromadzone są w systemie elektronicznym i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który</p>
--	--	--

		<p>podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ - w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2 (częstość występowania ataków wraz z ich lokalizacją, konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

Załącznik B.123.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA WILSONA (ICD-10: E83.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie choroby Wilsona;</li> <li>2) wiek <math>\geq 5</math> lat;</li> <li>3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i> i <i>siarczanem cynku</i>;</li> <li>4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i>.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Trientynę należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne;</li> <li>2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne);</li> <li>3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera;</li> <li>4) badanie ogólne moczu;</li> <li>5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> <li>6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem;</li> <li>7) czas protrombinowy (PT);</li> <li>8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);</li> <li>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT));</li> <li>10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;</li> <li>11) USG wątroby;</li> <li>12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kaysera Fleischera.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:</p>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych;</li><li>2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;</li><li>3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;</li><li>4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu;</li><li>5) karmienie piersią;</li><li>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;</li><li>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.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie fizykalne;</li><li>2) badanie neurologiczne;</li><li>3) badanie ogólne moczu;</li><li>4) morfologia;</li><li>5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w surowicy, dobowe wydalanie miedzi z moczem;</li><li>6) czas protrombinowy (PT);</li><li>7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);</li><li>8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);</li><li>9) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li><li>10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;</li><li>11) USG wątroby.</li></ol> <p>Badania przeprowadzone raz w roku:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej.</li></ol> <p>Ponadto w ramach monitorowania wykonuje się badanie MRI głowy w przypadku pogorszenia neurologicznego oraz przed zakończeniem leczenia.</p> <p>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.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie</li></ol>
---	--	--

		<p>monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

Załącznik B.124.

**LECZENIE CHORYCH Z ATOPOWYM ZAPALENIEM SKÓRY (ICD-10: L20)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>dupilumabem</i>,</li> <li>2) <i>upadacytynibem</i>,</li> <li>3) <i>baricytynibem</i>,</li> <li>4) <i>tralokinumabem</i>,</li> <li>5) <i>abrocycytynibem</i>,</li> </ol> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wieku <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wiek 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii <i>dupilumabem</i>,</li> <li>albo</li> <li>b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii <i>upadacytynibem</i> albo <i>tralokinumabem</i>,</li> <li>albo</li> <li>c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>;</li> </ol> </li> <li>2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI<math>\geq</math>20) u</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>dupilumab</i> maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), a następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie, podawane we wstrzyknięciach podskórnych;</li> <li>2) <i>upadacytynib</i> maksymalna dawka wynosi 30 mg raz na dobę dla osób <math>\geq</math>18 r.ż. oraz 15 mg raz na dobę dla osób &lt;18 r.ż.;</li> <li>3) <i>baricytynib</i> maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę;</li> <li>4) <i>tralokinumab</i> maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (cztery wstrzyknięcia po 150 mg), a następnie dawka 300 mg (dwa wstrzyknięcia po 150 mg) podawana co dwa tygodnie drogą wstrzyknięcia podskórnego;</li> <li>5) <i>abrocycytynib</i> maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę.</li> </ol> <p>Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi,</li> <li>c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) – w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>;</li> </ol> </li> <li>3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) obecność antygenu HBs,</li> <li>b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową,</li> </ol> </li> </ol>

<p>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:</p> <p>a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej lub</li> <li>– przeciwskazania do stosowania immunosupresyjnej terapii ogólnej, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub</li> <li>– wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie immunosupresyjnej terapii ogólnej,</li> </ul> <p>b) u osób w wieku 18 lat i powyżej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– niepowodzenie leczenia <i>cyklosporyną</i>, lub</li> <li>– przeciwskazania do stosowania <i>cyklosporyny</i>, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub</li> <li>– wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia <i>cyklosporyną</i>;</li> </ul> <p>3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez</p>	<p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>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.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię atopowego zapalenia skóry danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – tylko w przypadku <i>upadacytynibu</i> albo <i>baricytynibu</i> albo <i>abrocycytynibu</i>;</p> <p>4) badanie ogólne moczu;</p> <p>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);</p> <p>6) EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);</p> <p>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>;</p> <p>8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;</p> <p>10) ocena jakości życia wg DLQI u osób <math>\geq 18</math> r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI;</p> <p>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania, a następnie co 3 miesiące (+/- 14 dni):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) badania biochemiczne:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenie mocznika we krwi;</li> <li>c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej</li> </ol> </li> </ol>
--	--	---



<p>lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>6) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym;</p> <p>7) brak aktywnego zakażenia pasożytniczego lub infekcji, która w opinii lekarza jest przeciwwskazaniem do terapii - dotyczy <i>dupilumabu</i>;</p> <p>8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>Lekarz prowadzący może w każdym momencie czasowym przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną.</p> <p>1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta. Miernikiem nieadekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie łącznie wymienionych kryteriów:</p> <p>a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI),</p>		<p>(ALT),</p> <p>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>f) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) w przypadku monitorowania leczenia upadacytynibem albo baricytynibem albo abrocycytynibem;</p> <p>3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>4) ocena skuteczności zastosowanej terapii:</p> <p>a) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI,</p> <p>b) ocena jakości życia wg DLQI u osób <math>\geq 18</math> r.ż., a u osób od 6 do 18 r.ż. skalą CDLQI.</p> <p><b>2.2. Monitorowania skuteczności leczenia dokonuje się:</b></p> <p>1) po 16 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym,</p> <p>2) po 26 tygodniach od rozpoczęcia leczenia w programie lekowym,</p> <p>3) nie rzadziej niż co 6 miesięcy w przypadku leczenia pacjenta w programie lekowym powyżej 26 tygodni.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii.</p>
---	--	--

<p>oraz</p> <p>b) niezyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI/CDLQI o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji,</p> <p>oraz</p> <p>c) w przypadku leczenia <i>dupilumabem</i> osób w wieku od 6 do 11 lat brak kwalifikacji do zwiększenia dawki;</p> <p>2) w przypadku osób w wieku od 6 do 11, u których zwiększono dawkę, brak odpowiedzi ocenianej po maksymalnie 52 tyg. leczenia <i>dupilumabem</i> rozumianej jako niezyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI);</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;</p> <p>8) ciąża lub laktacja.</p> <p><b>4. Ponowne włączenie do programu</b></p> <p>1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej ujętej w</p>		<p>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.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia opisanych w pkt 2.1., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

<p>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;</p> <p>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.</p>		
---	--	--

Załącznik B.125.

## LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO RAKA SKÓRY (ICD-10: C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W programie finansuje się leczenie immunologiczne <i>cemiplimabem</i>.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;</li> <li>2) wiek <math>\geq 18</math> roku życia;</li> <li>3) stopień sprawności 0 – 2 według skali ECOG;</li> <li>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL);</li> <li>5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</li> <li>6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Zalecana dawka <i>cemiplimabu</i> wynosi <b>350 mg</b> podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym niesekcyjnym;</li> <li>2) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>8) oznaczenie TSH i FT4;</li> <li>9) test na HCV, HBV;</li> <li>10) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li> <li>11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym całej skóry wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);</li> <li>12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;</li> </ol>

<p>7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL</p> <p>9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO);</li><li>2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia;</li></ol>		<p>13) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li><li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>6) oznaczenie TSH i FT4;</li><li>7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li><li>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9 – 12 tygodni.</p> <p><b>3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu musi być widoczna skala);</li><li>2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru;</li><li>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.</p> <p>Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy – progresję choroby stwierdza się w przypadku:</p>
--	--	---

<p>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną;</p> <p>6) związane z leczeniem pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),</li><li>b) niestosowanie się do zaleconego schematu dawkowania;</li><li>c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).</li></ul>		<p>a) zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20%</p> <p>lub</p> <p>b) pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej.</p> <p>Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO).</p> <p>W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,</li><li>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),</li><li>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</li></ul> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p>
---	--	---

		<p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji (łącznie)</b></p> <p>1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine);</p> <p>2) wiek <math>\geq 18</math>. roku życia;</p> <p>3) szybka progresja choroby definiowana jako:</p> <p style="margin-left: 20px;">a) zmniejszenie eGFR <math>\geq 5</math> ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,</p> <p style="margin-left: 20px;">lub</p> <p style="margin-left: 20px;">b) zmniejszenie eGFR <math>\geq 2,5</math> ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,</p> <p style="margin-left: 20px;">lub</p> <p style="margin-left: 20px;">c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV <math>&gt; 5\%</math> na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV <math>&gt; 750</math> ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki <math>&gt; 16,5</math> cm w badaniu USG.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) eGFR;</p> <p>2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub długość nerek określona na podstawie USG;</p> <p>3) stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>4) aktywność AIAT, AspAT;</p> <p>5) stężenie elektrolitów w surowicy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AIAT, AspAT;</p> <p>2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR;</p> <p>3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwwskazania do tego badania;</p> <p>4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>



<p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny;</li><li>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;</li><li>3) uzyskanie eGFR&lt;15ml;</li><li>4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia;</li><li>5) hipernatremia;</li><li>6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego;</li><li>7) ciąża lub karmienie piersią.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).</li><li>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.</li><li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	--

Załącznik B.127.

**LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIEJĄ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej;</li> <li>3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>4) liczba płytek krwi <math>\leq 30\ 000/\mu\text{l}</math>;</li> <li>5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w pkt. 3.</p>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <p>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.</p> <p>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 <math>\geq 50\ 000/\mu\text{l}</math>. 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</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);</li> <li>3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS;</li> <li>4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja;</li> <li>5) badanie okulistyczne;</li> <li>6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita). W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji,</li> <li>b) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol> </li> <li>2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wykonywane co 1 miesiąc;</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia;</li><li>3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem;</li><li>4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii;</li><li>5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh <math>\geq 5</math>;</li><li>6) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (<math>\geq 3 \times</math> GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem <math>\geq 3 \times</math> wartość wyjściowa lub <math>&gt; 5 \times</math> GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:<ol style="list-style-type: none"><li>a) będzie narastać</li><li>albo</li><li>b) będzie utrzymywać się <math>\geq 4</math> tygodni,</li><li>albo</li><li>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośrednio,</li><li>albo</li><li>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;</li></ol></li><li>7) ciąża;</li><li>8) karmienie piersią.</li></ol>	<p>wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym niezależnie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości <math>&lt; 30\ 000/\mu\text{l}</math>, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do <math>&lt; 9\ \text{g/dl}</math> lub całkowita liczba neutrofilii wyniesie <math>&lt; 0,5 \times 10^9 /\text{l}</math>, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce.</p> <p>Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>– morfologia krwi z rozmazem,</li><li>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji);</li></ol> <ol style="list-style-type: none"><li>3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii:<ol style="list-style-type: none"><li>a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznymi trepanobiopsja (z oceną włóknienia);</li></ol></li><li>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników:<ul style="list-style-type: none"><li>– morfologia krwi z rozmazem;</li></ul></li></ol></li><li>5) badanie wykonywane co 3 miesiące:<ol style="list-style-type: none"><li>a) okresowa kontrola okulistyczna;</li></ol></li><li>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.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych</li></ol>
--	---	--

		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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <p>1) wiek <math>\geq 12</math> lat;</p> <p>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 <math>\geq 4 \times</math> górna granica normy (GGN) w ciągu ostatniego roku przed kwalifikacją do programu lub w jego trakcie oraz jedno z poniższych:</p> <p>a) udokumentowana obecność genetycznych mutacji w genie związanym z ostrą porfirią wątrobową (AHP), zdefiniowanym jako dowolny z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– AIP: mutacja w genie <i>HMBS</i>,</li> <li>– HCP: mutacja w genie <i>CPOX</i>,</li> </ul>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Maksymalna dawka giwosyranu sodowego wynosi 2,5 mg/kg m.c. raz na miesiąc we wstrzyknięciu podskórnym wg zasad opisanych w ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca;</p> <p>2) badania laboratoryjne:</p> <p>a) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym,</p> <p>b) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna),</p> <p>c) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia),</p> <p>d) koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);</p> <p>3) badanie ogólne moczu;</p> <p>4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi;</p> <p>5) ALA i PBG w moczu;</p> <p>6) badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego</p>

<p>- VP: mutacja w genie <i>PPOX</i>,</p> <p>- ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych ALAD,</p> <p>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 (&lt;5%);</p> <p>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;</p> <p>4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu</b></p> <p>Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ALT &gt;2×GGN,</li><li>2) bilirubina całkowita (TBL)&gt;1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL&gt;2xGGN),</li><li>3) INR&gt;1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR&gt;3,5);</li><li>4) eGFR &lt;15ml/min/1,73m<sup>2</sup> przy zastosowaniu wzoru MDRD;</li></ol>		<p>wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA, i HCV (anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku HCV RNA);</p> <p>7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Raz na miesiąc:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;</li><li>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;</li><li>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;</li><li>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.</li></ol> <p><b>2.2. Raz na 6 miesięcy:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12;</li><li>2) Poziom ALA i PBG w moczu.</li></ol> <p><b>2.3. Raz na rok:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Ocena skuteczności terapii;</li></ol>
--	--	---

- 5) reakcje alergiczne na oligonukleotyd lub GalNAc w wywiadzie;
- 6) nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie;
- 7) aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV;
- 8) ciąża lub planowanie ciąży w trakcie leczenia;
- 9) karmienie piersią;
- 10) każdy stan który w opinii lekarza sprawiłby, że pacjent mógłby nie przyjąć odpowiedniej dawki lub który mógłby zakłócać zgodność, bezpieczeństwo pacjenta lub udział pacjenta w programie (np. nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, ale także niestabilne zaburzenia sercowo-naczyniowe, neurologiczne, żołądkowo-jelitowe, endokrynologiczne, nerek lub zaburzenia psychiatryczne niezwiązane z porfirią, zidentyfikowane na podstawie nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub wywiadu medycznego);
- 11) nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu;
- 12) wcześniejsze leczenie givosyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni givosyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).

### 3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno trwać do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności lub braku skuteczności terapii.

- a) roczny wskaźnik napadów porfirii (AAR) w postaci napadów wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych,
- b) liczba dni stosowania heminy rocznie,
- c) poziom ALA i PBG w moczu,
- d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii (pkt. 2.3).
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**4. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu a) albo b) poniżej;
  - a) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 6 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
  - b) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 12 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
- 2) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego;
- 3) eGFR <15ml/min/1,73m<sup>2</sup> 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
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzenie choroby PH1 badaniem molekularnym;</li> <li>2) przewlekła choroba nerek w stadium I-III (eGFR &gt; 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>);</li> <li>3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem <math>\geq 0,70</math> mmol /1,73 m<sup>2</sup>/24h ;</li> <li>4) brak efektywności terapii witaminą B<sub>6</sub> (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem <math>\geq 30\%</math> w okresie co najmniej 3- miesięcznym;</li> <li>5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego.</li> </ol> <p>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.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Stosowanie produktu leczniczego Oxlu mo 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) masa ciała poniżej 10 kg: <ul style="list-style-type: none"> <li>– dawka nasycająca 6 mg / kg m.c.,</li> <li>– dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz w miesiącu;</li> </ul> </li> <li>2) masa ciała od 10 kg do mniej niż 20 kg: <ul style="list-style-type: none"> <li>– dawka nasycająca 6 mg / kg m.c.,</li> <li>– dawka podtrzymująca 6 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące;</li> </ul> </li> <li>3) masa ciała 20 kg i więcej: <ul style="list-style-type: none"> <li>– dawka nasycająca 3 mg / kg m.c.,</li> <li>– dawka podtrzymująca 3 mg / kg m.c. raz na 3 miesiące.</li> </ul> </li> </ol> <p>Szczegółowe warunki stosowania są opisane w ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar wzrostu i masy ciała;</li> <li>2) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>3) badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT;</li> <li>4) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV;</li> <li>5) ocena laboratoryjna: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m<sup>2</sup>/24h),</li> <li>b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej,</li> <li>c) badanie ogólne moczu;</li> </ol> </li> <li>6) USG układu moczowego.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Po pierwszych sześciu miesiącach leczenia, lekarz dokonywać będzie oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie.</p>

**2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**

- 1) eGFR < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>;
- 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 m<sup>2</sup>/24h),
  - b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej,
  - c) badanie ogólne moczu,
  - d) USG układu moczowego, w przypadku uznania za konieczne przez lekarza prowadzącego.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

**3. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:

<p>2) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako brak redukcji wydalania szczawianów z moczem &gt;30% w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych;</p> <p>3) osiągnięcie stadium IV lub V PChN (eGFR&lt;30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>);</p> <p>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek;</p> <p>5) ciąża;</p> <p>6) karmienie piersią;</p> <p>7) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C.</p>		<p>a) procentowa zmiana dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol/1,73m<sup>2</sup>/24h),</p> <p>b) zmiana funkcji nerek za pomocą oceny współczynnika eGFR.</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

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
<p>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.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>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).</p> <p>Pacjenci z DMD bez mutacji nonsensownej nie powinni otrzymywać atalurenu.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Ataluren stosowany jest doustnie trzy razy na dobę. Zalecane jest dawkowanie wg schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rano – 10 mg/kg masy ciała,</li> <li>2) w południe – 10 mg/kg masy ciała;</li> <li>3) wieczorem – 20 mg/kg masy ciała</li> </ol> <p style="padding-left: 40px;">– do łącznej dawki 40 mg/kg masy ciała na dobę.</p> <p>Sposób podawania atalurenu – zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wynik badania genetycznego potwierdzający mutację nonsensowną genu dystrofiny;</li> <li>2) kreatynina w surowicy, eGFR;</li> <li>3) kinaza kreatynowa w surowicy (CPK);</li> <li>4) azot mocznika we krwi;</li> <li>5) cholesterol całkowity;</li> <li>6) LDL;</li> <li>7) HDL;</li> <li>8) trójglicerydy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Co 6 miesięcy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) CPK, kreatynina w surowicy, azot mocznika we krwi (co 6 do 12 miesięcy),</li> <li>b) ciśnienie tętnicze skurczowe i rozkurczowe w spoczynku;</li> </ol> </li> <li>2) Co 12 miesięcy ponadto: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) cholesterol całkowity,</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> 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.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) rezygnacja pacjenta;</li><li>2) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych;</li><li>3) jednoczesne stosowanie dożylnych aminoglikozydów;</li><li>4) trwała utrata zdolności do chodzenia (tj. utrzymująca się powyżej 6-ciu miesięcy).</li></ol> <p><b>4. Warunkowe (czasowe) wykluczenie z programu</b> Jeżeli konieczne jest leczenie dożylnie 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.</p>		<ol style="list-style-type: none"><li>b) LDL,</li><li>c) HDL,</li><li>d) trójglicerydy.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li><li>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.</li><li>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</li></ol>
---	--	---

Załącznik B.131.

**LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBA CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Pacjent musi spełniać wszystkie poniższe kryteria włączenia do programu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona wieloogniskowa postać choroby Castlemana;</li> <li>2) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>3) ujemne wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV oraz HHV-8;</li> <li>4) brak czynnego zakażenia WZW B;</li> <li>5) odpowiednia wydolność szpiku oceniana na podstawie wyników badań laboratoryjnych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) całkowita liczba neutrofilów <math>\geq 1,0 \times 10^9/l</math>,</li> <li>b) liczba płytek <math>\geq 50 \times 10^9/l</math>,</li> <li>c) hemoglobina <math>&lt; 170 \text{ g/l}</math> (<math>10,6 \text{ mmol/l}</math>);</li> </ol> </li> <li>6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji;</li> <li>7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie.</li> </ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>siltuksymabem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie <i>siltuksymabu</i> zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień objęcia refundacją.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin;</li> <li>2) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR);</li> <li>3) aktywność AspAT, AIAT, stężenie bilirubiny;</li> <li>4) badania w kierunku zakażenia HIV (test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiający wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anti-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR);</li> <li>5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA);</li> <li>6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi);</li> <li>7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Monitorowanie skuteczności leczenia powinno się odbywać na podstawie kryteriów odpowiedzi według międzynarodowych</p>

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p>Leczenie <i>siltuksymabem</i> powinno być wstrzymane, jeśli pacjent ma ciężkie zakażenie lub jakiegokolwiek toksyczne działanie niehematologiczne i może być wznowione w tej samej dawce po wyleczeniu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na <i>siltuksymab</i> lub którykolwiek ze składników preparatu;</li><li>2) wystąpienie toksyczności powyżej 3. stopnia według WHO;</li><li>3) utrzymujący się przez <math>\geq 3</math> tygodnie wzrost nasilenia (<math>\geq 2</math>. stopnia) objawów związanych z chorobą;</li><li>4) pojawienie się nowych objawów związanych z chorobą o nasileniu <math>\geq 3</math>. stopnia;</li><li>5) pogorszenie stanu sprawności ogólnej, tj. utrzymujący się przez <math>\geq 3</math> tygodnie wzrost o <math>&gt; 1</math> punkt w skali ECOG;</li><li>6) progresja choroby potwierdzona w badaniu tomografii komputerowej węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano;</li><li>7) ciąża i laktacja.</li></ol>		<p>zaleceń Zespołu Ekspertów ds. Choroby Castlemana – Castleman Disease Collaborative Network (CDCN).</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) monitorowanie objawów choroby Castlemana wg zaleceń CDCN na podstawie CTC;</li><li>2) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia zgodnie z NCI-CTCAE v 4.0;</li><li>3) morfologia krwi z rozmazem, CRP, stężenie albumin;</li><li>4) profil nerkowy (stężenie kreatyniny, mocznika, potasu, sodu i kwasu moczowego, GFR);</li><li>5) aktywność AspAT, AIAT;</li><li>6) ocena wielkości węzłów chłonnych na podstawie zmodyfikowanych kryteriów Lugano (tomografia komputerowa).</li></ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem należy wykonywać przez pierwsze 12 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;</li><li>2) stężenie CRP przez 6 miesięcy przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;</li><li>3) profil nerkowy, albuminy, aktywność AspAT, AIAT przez 3 miesiące przed każdym podaniem leku, a następnie co 2-4 miesiące;</li><li>4) tomografię komputerową należy wykonywać po 3, 6 i 12 miesiącu terapii, a następnie w razie podejrzenia progresji choroby.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich</li></ol>
--	--	--

		<p>przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---



Załącznik B.132.

**ZAPOBIEGANIE REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U SEROPOZYTYWNYCH WZGLĘDEM CMV PACJENTÓW, KTÓRZY BYLI PODDANI ZABIEGOWI PRZESZCZEPIENIA ALLOGENICZNYCH KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH (ICD-10: C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego pediatrycznym i dorosłym pacjentom, seropozytywnym względem CMV, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT) udostępnia się terapię:</p> <p>1) <i>letermowirem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pediatryczny lub dorosły biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT);</li> <li>2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV;</li> <li>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią (dotyczy kobiet w wieku rozrodczym);</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p><b>1.1. letermowir</b></p> <p>1.1.1. dorośli pacjenci: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg lub 480 mg podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>1.1.2. pediatryczni pacjenci Pacjenci o masie ciała (mc.) &gt;30 kg: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg (w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny) lub 480 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>Pacjenci o mc. 18-30 kg: 50% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 120 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 240 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie statusu serologicznego CMV IgG i IgM biorcy;</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi,</li> <li>c) oznaczenie INR,</li> <li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>e) określenie skali Child-Pugh;</li> </ol> </li> <li>3) ocena wydolności nerek: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie wskaźnika eGFR.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>2.1. pediatryczni pacjenci</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru:</li> </ol>

<p>5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;</p> <p>7) nieobecność ciężkiego (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby;</p> <p>8) nieobecność umiarkowanego zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępującego umiarkowanego (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) lub ciężkiego (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) zaburzenia czynności nerek.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki można kontynuować maksymalnie do 100 dni po przeszczepieniu.</p>	<p>doustnie raz na dobę.</p> <p>Pacjenci o mc. &lt;18 kg: 25% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 60 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 120 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę.</p> <p>Tabletkę należy podzielić lub rozkruszyć, aby podać ilość odpowiadającą ww. dawce.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru – ilościowe badanie CMV DNA – stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:</p> <p>a) wystąpienie klinicznie istotnej infekcji CMV,</p> <p>b) konieczność rozpoczęcia terapii wyprzedzającej;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	---	---

**3. Kryteria wyłączenia**

- 1) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie, nie dotyczy to wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej);
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

Załącznik B.133.

**PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENE PRZEWLEKŁĄ (ICD-10: G43)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Toksyna botulinowa typu A</li> <li>2) Erenumab</li> <li>3) Fremanezumab</li> </ol> <p>W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A.</p> <p>W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia erenumabem albo fremanezumabem.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia toksyną botulinową</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia;</li> <li>2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu. Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. <i>International Classification of Headache Disorders</i>, ICHD);</li> <li>3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:</li> </ol>	<p><b>1. Toksyna botulinowa</b></p> <p>Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Jednorazowo podaje się pacjentowi maksymalną dawkę 195 j.</p> <p>Kolejne podanie leku następuje po upływie co najmniej 12 tygodni, ale nie później niż 16 tygodni od podania poprzedniej dawki leku.</p> <p><b>2. Erenumab</b></p> <p>Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:</p> <p>140 mg erenumabu co 4 tygodnie.</p> <p><b>3. Fremanezumab</b></p> <p>Zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyki Produktu Leczniczego:</p>	<p><b>1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wywiad z pacjentem potwierdzający spełnienie kryteriów kwalifikacji do programu lekowego;</li> <li>2) badanie fizykalne – neurologiczne;</li> <li>3) dzienniczek pacjenta z udokumentowanymi napadami bólu głowy i bólu migrenowego prowadzony przez okres minimum 3 ostatnich miesięcy;</li> <li>4) prawidłowo prowadzona historia choroby uwzględniająca wymagane w kryteriach włączenia próby leczenia w przeszłości;</li> <li>5) kwestionariusz jakości życia – skala MIDAS.</li> </ol> <p><b>2. Badania podczas monitorowania leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kontrolne wizyty u lekarza z oceną efektów leczenia co 12 tygodni (<math>\pm</math> 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego;</li> <li>2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta;</li> <li>3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.</li> </ol>

<p>a) topiramat – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),</p> <p>b) kwas walproinowy lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę,</p> <p>c) amitryptylina stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę</p> <p>lub</p> <p>przeciwwskazanie do stosowania</p> <p>lub</p> <p>brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych;</p> <p>Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.</p> <p>4) wykluczenie przeciwwskazań do stosowania toksyny botulinowej typu A określonych w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>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);</p> <p>6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p>225mg fremanezumabu raz na miesiąc lub 675 mg fremanezumabu raz na trzy miesiące.</p>	<p>W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych parametrów koniecznych do oceny bólów głowy:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) liczba dni z bólem głowy,</li><li>2) typ bólu głowy,</li><li>3) natężenie bólu,</li><li>4) czas trwania,</li><li>5) objawy towarzyszące,</li><li>6) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych doraźnie leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych,</li><li>7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych (np. ustąpienie bólu w ciągu 2 godzin, zmniejszenie bólu, zmniejszenie dokuczliwości objawów towarzyszących).</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	--

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) topiramatu – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 100 mg – 200 mg na dobę (dawkowanie zgodnie z aktualnym CHPL),
    - b) kwasu walproinowego lub jego pochodne – stosowany przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 500-1500 mg na dobę,
    - c) amitryptyliny stosowana przez okres nie krótszy niż 3 miesiące w dawce 50-150 mg na dobę
- lub

<p>przeciwwskazanie do stosowania</p> <p>lub</p> <p>brak tolerancji wyżej wymienionych leków zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień włączenia do programu Charakterystykami Produktów Leczniczych;</p> <p>Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia.</p> <p>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%)</p> <p>albo</p> <p>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)</p> <p>albo</p> <p>nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego</p> <p>albo</p> <p>przeciwwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>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;</p>		
--	--	--

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 któregośkolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej.

Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia 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.

<p>3) pogorszenie lub brak zmiany w jakości życia, mierzone skalą MIDAS, stwierdzone i zweryfikowane podczas wizyt monitorujących;</p> <p>4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancje pomocnicze uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku.</p>		
---	--	--

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)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) stan sprawności wg ECOG 0-2;</p> <p>3) rozpoznanie:</p> <p>a) uogólniony proces nowotworowy (IV stopień zaawansowania) – potwierdzony histologicznie lub cytologicznie nowotwór lity</p> <p>lub</p> <p>b) szpiczak plazmocytowy;</p> <p>4) potwierdzona w badaniu obrazowym obecność:</p> <p>a) w przypadku nowotworów litych – co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości;</p> <p>lub</p> <p>b) w przypadku szpiczaka plazmocytoowego – co najmniej jednej zmiany osteolitycznej lub zmiany naciekającej kości;</p> <p>5) a) w przypadku pacjentów z przerzutami do kości z nowotworów litych: nietolerancja lub przeciwskazania do stosowania bisfosfonianów</p> <p>lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie denosumabu</b></p> <p>Denosumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>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).</p>	<p><b>1. Badania podczas kwalifikacji do leczenia denosumabem</b></p> <p><b>1.1. Guzy lite</b></p> <p>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie rozpoznania nowotworu złośliwego;</p> <p>2) potwierdzenie obecności co najmniej jednej zmiany przerzutowej do kości w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</p> <p>3) aktywność AlAT;</p> <p>4) aktywność AspAT;</p> <p>5) stężenie bilirubiny;</p> <p>6) stężenie wapnia;</p> <p>7) stężenie kreatyniny;</p> <p>8) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>1.2. Szpiczak plazmocytowy</b></p> <p>1) potwierdzenie diagnozy szpiczaka plazmocytoowego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej;</p>

<p>b) w przypadku pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym: nietolerancja lub przeciwwskazania do stosowania bisfosfonianów lub stwierdzenie zaburzeń funkcji nerek.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ciężka, nieleczona hipokalcemia, zgodnie z punktem 4.4 Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li><li>2) niezagojone rany po zabiegach stomatologicznych lub chirurgicznych w jamie ustnej;</li><li>3) martwica kości szczęki lub zapalenie kości szczęki w wywiadzie</li><li>4) równoczesne leczenie bisfosfonianami;</li><li>5) równoczesne leczenie innymi produktami leczniczymi zawierającymi denosumab (z powodu osteoporozy).</li></ol> <p><b>3. Określenie czasu leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</li><li>2) W przypadku szpiczaka plazmocytoowego: u chorych, którzy po dwóch latach leczenia denosumabem osiągną co najmniej bardzo dobrą częściową remisję dzięki stosowaniu terapii przeciwszpiczakowej można:<ul style="list-style-type: none"><li>– odstawić denosumab i wówczas po co najmniej 6 miesiącach należy podać pacjentowi pojedynczą dawkę bisfosfonianów</li></ul></li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) potwierdzenie występowania co najmniej jednej zmiany osteolitycznej w badaniu obrazowym (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</li><li>3) aktywność AlAT;</li><li>4) aktywność AspAT;</li><li>5) stężenie bilirubiny;</li><li>6) stężenie wapnia;</li><li>7) stężenie kreatyniny;</li><li>8) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia denosumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wapnia w surowicy<ul style="list-style-type: none"><li>– w ciągu 2 tygodni po podaniu pierwszej dawki oraz następnie w sytuacji, kiedy wystąpią objawy hipokalcemii.</li></ul></li></ol>Dodatkową kontrolę stężenia wapnia należy rozważyć także podczas leczenia chorych z czynnikami ryzyka rozwoju hipokalcemii lub jeżeli wymaga tego stan chorego.</li><li>2) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</li><li>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;</li></ol>
---	--	---

<p>albo</p> <p>– kontynuować stosowanie denosumabu co 6 miesięcy, biorąc pod uwagę choroby współistniejące w tym osteoporozę lub konieczność kontynuacji sterydoterapii.</p> <p>W przypadku nawrotu choroby możliwe jest ponowne rozpoczęcie podawania denosumabu, jeśli chory spełnia kryteria włączenia do programu.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) objawy nadwrażliwości na denosumabu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;</li><li>2) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią;</li><li>3) wystąpienie martwicy kości szczęki;</li><li>4) wystąpienie atypowego złamania kości udowej;</li><li>5) progresja bólu kostnego niezależna od progresji choroby podstawowej (w przypadku nowotworów litych), lub niebędąca konsekwencją terapii podstawowej (np. polineuropatii w przypadku szpiczaka plazmocytoowego), zdefiniowana jako konieczność włączenia silnych opioidów lub podwojenia dawek podawanych silnych opioidów;</li><li>6) terminalne stadium choroby zdefiniowane jako przewidywana długość życia nieprzekraczająca 3 miesięcy;</li><li>7) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. wg ECOG.</li></ol>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
---	--	--

Załącznik B.135.

## LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA ŚRÓDMIAŻSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie nintedanibem pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD),</li> <li>– związanej z twardziną układową.</li> </ul> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody jednego z Zespołów, o którym mowa powyżej.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Dla poszczególnych terapii muszą być spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.).</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej,</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>Maksymalna dawka dobową:</b> 300 mg,</p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszenia dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związaną z twardziną układową, u których mykofenolan mofetylu jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, nintedanib należy podawać w skojarzeniu z mykofenolanem mofetylu w rekomendowanej dawce. Mykofenolan mofetylu, jeśli jest dobrze tolerowany i nie jest przeciwwskazany, powinien być kontynuowany także po wstrzymaniu terapii nintedanibem.</p> <p>Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) (do decyzji lekarza),</li> <li>2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,</li> <li>5) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy,</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li> <li>8) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,</li> <li>9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT),</li> <li>10) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,</li> <li>11) oznaczenie stężenia NT-proBNP (do decyzji lekarza) – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,</li> <li>12) oznaczenie wskaźnika INR,</li> <li>13) oznaczenie stężenia czynnika reumatoidalnego RF – dotyczy kwalifikacji do leczenia PF-ILD,</li> <li>14) oznaczenie miana p/ciał aCCP,</li> </ol>

<p>2) rozpoznanie choroby śródmiąższowej płuc na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości (TKWR),</p> <p>3) FVC <math>\geq</math> 40% wartości należnej,</p> <p>4) pojemność dyfuzyjna płuc TLco powyżej 30% wartości należnej,</p> <p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii,</p> <p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (zwana dalej ChPL),</p> <p>7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL,</p> <p>8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią,</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji:</b></p> <p>1.2.1. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc związanej z twardziną układową:</p> <p>1) rozpoznanie twardziny układowej (SSc) zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR,</p>	<p>inhibitorami kinaz, które są wskazane i wymagane u danego pacjenta z uwagi na układową chorobę tkanki łącznej, w tym twardzinę układową, zgodnie z rekomendacjami i aktualną wiedzą medyczną należy do lekarza reumatologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.</p> <p>Decyzja o leczeniu nintedanibem w połączeniu z leczeniem immunosupresyjnym lub lekami cytotoksycznymi lub klasycznymi lekami modyfikującymi przebieg choroby lub lekami biologicznymi lub innymi lekami będącymi inhibitorami kinaz, które jest wskazane i uznane za odpowiednie u danego pacjenta zgodnie z rekomendacjami lub aktualną wiedzą medyczną z uwagi na chorobę śródmiąższową płuc, należy do lekarza pulmonologa prowadzącego leczenie pacjenta z uwzględnieniem korzyści i ryzyka leczenia skojarzonego.</p> <p>U pacjentów, u których leczenie mykofenolanem mofetylu nie jest dobrze tolerowane lub jest przeciwwskazane oraz leczenie innymi lekami immunosupresyjnymi nie jest wskazane lub jest przeciwwskazane lub nie jest dobrze tolerowane, nintedanib zgodnie z decyzją lekarza reumatologa lub pulmonologa prowadzącego leczenie, może być podawany w monoterapii.</p>	<p>15) oznaczenie miana p/ciał c-ANCA i p-ANCA,</p> <p>16) oznaczenie miana p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF,</p> <p>17) oznaczenie profilu ANA obejmującego min. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III - dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD lub przy dodatnim mianie ANA,</p> <p>18) test Quantiferon - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),</p> <p>19) oznaczenie antygenu HBs - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),</p> <p>20) oznaczenie przeciwciał anti-HCV - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),</p> <p>21) oznaczenie antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) - wyłącznie u chorych na układowe choroby tkanki łącznej przyjmujących leki biologiczne lub immunosupresyjne lub cytotoksyczne lub inne modyfikujące chorobę (do decyzji lekarza),</p> <p>22) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym),</p> <p>23) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza),</p> <p>24) badanie kapilaroskopowe – dotyczy kwalifikacji do leczenia SSc-ILD,</p> <p>25) elektrokardiografia (EKG),</p> <p>26) ECHO serca,</p> <p>27) spirometria (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),</p>
---	---	--



<p>2) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c:</p> <p>a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 10%,</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek wartości TLCO o co najmniej 15%,</li></ul> <p>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,</p> <p>lub</p> <p>b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi &lt; 70% wartości należnej,</p> <p>lub</p> <p>c) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.</p> <p>1.2.2. Terapia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc przebiegającą z włóknieniem o fenotypie postępującym (PF-ILD):</p> <p>1) do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci z rozpoznaniem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) układowej choroby tkanki łącznej, w tym reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR (ustalonym w ośrodkach reumatologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół</li></ul>		<p>28) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco) (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),</p> <p>29) pletyzmografia (maksymalnie do 3 m-cy przed kwalifikacją),</p> <p>30) TK wysokiej rozdzielczości klatki piersiowej (TKWR) (maksymalnie do 12 m-cy przed kwalifikacją),</p> <p>31) gazometria krwi lub pulsoksymetria,</p> <p>32) konsultacja pulmonologiczna lub reumatologiczna (do decyzji lekarza).</p> <p><b>2. Monitorowanie terapii</b></p> <p>1) badania laboratoryjne</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy,</li><li>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT),</li><li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li><li>e) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy,</li><li>f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),</li><li>g) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT).</li></ul> <p>Wymienione badania powinny być wykonywane po 1 miesiącu (<math>\pm 15</math> dni), po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) i po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania leku.</p> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe należy powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące).</p> <p>2) badania czynnościowe układu oddechowego:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) spirometrię,</li></ul>
---	--	--

<p>Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych,</p> <p>lub</p> <p>b) przewlekłego zapalenia płuc z nadwrażliwości lub sarkoidozy lub idiopatycznego niespecyficznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanego idiopatycznego śródmiąższowego zapalenia płuc lub niesklasyfikowanej śródmiąższowej choroby płuc zgodnie z aktualnymi rekomendacjami (ustalonym w ośrodkach pulmonologicznych) – kwalifikacji dokonuje Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc,</p> <p>2) Do terapii nintedanibem kwalifikują się pacjenci spełniający jedno z poniższych kryteriów a-c:</p> <p>a) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz udokumentowano w okresie ostatnich 24 m-cy:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 10%, lub</li><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz spadek wartości TLCO o co najmniej 15%, lub</li><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR, lub</li><li>– spadek wartości FVC o co najmniej 5% oraz nasilenie objawów klinicznych, lub</li><li>– progresję włóknienia płuc w badaniu TKWR oraz nasilenie objawów klinicznych,</li></ul> <p>pomimo stosowania leczenia uznawanego za odpowiednie lub rekomendowanego dla danej postaci ILD, jeśli jego zastosowanie nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania, które stosowane</p>		<p>b) wskaźnik transferu płucnego dla CO (TLco),</p> <p>c) pletyzmografię,</p> <p>d) gazometrię krwi lub pulsoksymetrię.</p> <p>Wymienione badania powinny być wykonywane po każdym 12 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące) od pierwszego podania leku.</p> <p>3) badanie obrazowe płuc:</p> <p>a) TKWR klatki piersiowej.</p> <p>Badanie należy wykonać po 12 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące) od pierwszego podania leku. W przypadku kontynuacji leczenia w programie, decyzja o terminie kolejnego badania należy do lekarza prowadzącego;</p> <p>4) badania układu krążenia:</p> <p>a) elektrokardiografia (EKG) po każdym 6 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące),</p> <p>b) ECHO serca po każdym 12 miesiącach (<math>\pm 3</math> miesiące).</p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny co 12 miesięcy. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym chorych na chorobę śródmiąższową płuc w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej lub Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc, który podsumowuje wyniki leczenia chorych na śródmiąższowe choroby płuc nie związane z chorobą układową tkanki łącznej na koniec każdego roku.</p>
---	--	---

było przez okres co najmniej 3–6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, lub w razie braku odpowiedniego lub rekomendowanego leczenia bezpośrednio po stwierdzeniu fenotypu postępującego włóknienia

lub

b) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% objętości płuc oraz wartość FVC stanowi < 70% wartości należnej,

lub

c) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20% objętości płuc.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

W przypadku przerwy w leczeniu wynoszącej 6 miesięcy i więcej, schemat monitorowania (kolumna III pkt 2 podpunkty 1-4) należy ponowić jak w przypadku pacjentów rozpoczynających terapię.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie definiowany jako bezwzględne obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy ( $\pm 3$  miesiące) leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach ( $\pm 3$  miesiące), potwierdzone

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie za pomocą odpowiedniej aplikacji internetowej danych dotyczących oceny skuteczności leczenia na podstawie uzyskanych wyników badań opisanych w pkt 2;
- 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

<p>w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie co najmniej 2 tygodni,</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL,</li><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą,</li><li>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia,</li><li>5) okres ciąży lub karmienia piersią,</li><li>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów</li></ol> <p><b>4. Kryteria ponownego włączenia do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pacjent, u którego leczenie nintedanibem, zastosowane zgodnie z zapisami programu, zostało wstrzymane z powodu stabilizacji procesu chorobowego, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji,</li><li>2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta. Ponowne włączenie pacjenta do leczenia w programie nie wymaga wykonania badań kwalifikacyjnych. Decyzję o ponownym włączeniu podejmuje Zespół Koordynacyjny lub lekarz prowadzący,</li></ol>		
---	--	--

<p>3) w uzasadnionych sytuacjach klinicznych, w przypadku zaprzestania podawania nintedanibu z powodu spełnienia przez pacjenta kryterium braku adekwatnej odpowiedzi określonego w pkt. 3.1, jeśli w opinii lekarza prowadzącego brak terapii nintedanibem może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta z powodu szybszej progresji choroby, a jednocześnie brak jest innej refundowanej terapii, jaką pacjent mógłby być skutecznie leczony, lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych lub Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Śródmiąższowych Płuc o wyrażenie zgody na ponowne włączenie pacjenta do programu lekowego. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego ponowne zastosowanie substancji czynnej, podczas leczenia którą stwierdzono brak adekwatnej odpowiedzi w przeszłości, nie jest możliwe.</p>		
--	--	--

Załącznik B.136.FM.

**LECZENIE CHORYCH NA GRUŻLICĘ LEKOOPORNĄ (MDR/XDR) (ICD-10: A15)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	DAWKOWANIE LEKÓW	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się dwie terapie gruźlicy lekoopornej substancjami:</p> <p><b>A. bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi (gruźlica płuc MDR-TB);</b></p> <p><b>B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB).</b></p> <p><u>W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linii leczenia.</u></p> <p><b>1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwprątkowymi.</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq</math> 14 lat;</li> <li>2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji;</li> <li>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;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie i modyfikacja dawkowania zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) poszczególnych leków.</p>	<p><b>1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zdjęcie RTG klatki piersiowej;</li> <li>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);</li> <li>3) badanie EKG;</li> <li>4) pomiar BMI;</li> <li>5) test ciążowy;</li> <li>6) test na obecność na wirusa HIV;</li> <li>7) badanie płwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub wykonanie testu molekularnego w przypadku gruźlicy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) XDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon</li> </ol> lub <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ol> lub </li> </ol>

- 4) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu leczniczego (dalej ChPL);
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL;
- 7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii;
- 8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;
- 9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+  $\leq$  50 komórek/ $\mu$ l;
- 10) brak wcześniejszego leczenia bedakiliną lub badakiliną w skojarzeniu z pretomanidem;
- 11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;
- 12) wyrażenie zgody przez pacjenta na monitorowanie jego stanu zdrowia w 6 i 24 miesiącu po zakończeniu leczenia w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### 1.2. Określenie czasu leczenia w programie

Całkowita długość leczenia w programie wynosi 24 tygodnie. U pacjentów, u których po 24 tygodniach nie wystąpiła dostateczna odpowiedź na leczenie można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.

c) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na PAS, etionamid, aminoglikozydy lub fluorochinolony.

### 2. Monitorowanie leczenia

#### 2.1. Badania wykonywane na początku leczenia oraz przynajmniej raz w tygodniu podczas pierwszego miesiąca leczenia, co drugi tydzień podczas 2. miesiąca, a następnie raz na miesiąc:

- 1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami.

W razie wystąpienia objawów wskazujących na wystąpienie lub nasilenie się zaburzeń czynności wątroby, należy przeprowadzić badanie na obecność wirusowego zapalenia wątroby i przerwać stosowanie innych produktów leczniczych o toksycznym działaniu na wątrobę.

#### 2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc:

- 1) morfologia krwi.

#### 2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc:

- 1) badanie EKG.

#### 2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia:

- 1) badanie płwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

**2. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) lub gruźlicy płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem.**

**2.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) wiek  $\geq 14$  lat;
- 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) lub gruźlica płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji;
- 3) w przypadku MDR-TB:
  - a) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed przystąpieniem do terapii  
lub
  - b) udokumentowana nietolerancja leczenia drugiego rzutu z użyciem:
    - PAS, etionamidu, aminoglikozydów lub fluorochinolonów,
    - leczenia niewymienionego powyżej, które w opinii lekarza kwalifikuje pacjenta do terapii;
- 4) w przypadku XDR-TB:
  - a) udokumentowana oporność na izoniazyd, ryfamycynę, fluorochinolon i antybiotyki podawane w formie iniekcji (amikacyna, kanamycyna, kapreomycyna) w dowolnym czasie lub podczas kwalifikacji;
- 5) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami ChPL,

przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
  - a) status konwersji posiewu mikrobiologicznego płwociny,
  - b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.



- 7) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL;
- 8) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dnia przed rozpoczęciem terapii;
- 9) brak nadużywania alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego;
- 10) BMI > 17 kg/m<sup>2</sup>;
- 11) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/ $\mu$ l;
- 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 leczenie można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

<p>2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych ChPL;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;</p> <p>4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego;</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) BMI &lt; 17 kg/m<sup>2</sup> (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem);</p> <p>7) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/<math>\mu</math>l.</p>		
--	--	--

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
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców z Krajowej Listy Oczekujących do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li> <li>2) schyłkowa niewydolność nerek (stadium V CKD);</li> <li>3) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) cPRA <math>\geq</math> 90% i obecność na krajowej liście oczekujących <math>&gt;</math> 1 roku;</li> <li>b) cPRA <math>\geq</math> 85% i <math>&lt;</math> 90% i obecność na krajowej liście oczekujących <math>&gt;</math> 1 roku i: <ol style="list-style-type: none"> <li>i. brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub</li> <li>ii. ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta;</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego (CHPL).</p> <p><b>2. Terapia immunosupresyjna</b></p> <p>Zgodnie z zapisami CHPL podawanie imlifidazy nie eliminuje potrzeby stosowania leczenia immunosupresyjnego zgodnie ze standardem postępowania.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzenie obecności przeciwciał DSA;</li> <li>2) próba krzyżowa.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1.</b> Po zakończeniu leczenia (monitorowanie kontynuowane przez okres 12 miesięcy po podaniu imlifidazy):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w ciągu 24 godzin po zakończeniu leczenia imlifidazą, ale przed przeszczepieniem należy potwierdzić konwersję wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny;</li> <li>2) kliniczne testy laboratoryjne określające parametry życiowe, EKG (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną);</li> <li>3) badania eGFR, stężenie kreatyniny i białkomocz (częstość oznaczeń zgodnie z aktualną praktyką kliniczną);</li> <li>4) oznaczanie poziomu IgG (w przypadku immunosupresji z zastosowaniem IVIg);</li> <li>5) poziom przeciwciał anty-HLA (DSA; po 3, 7, 14, 21, 28, a następnie raz w miesiącu do 6. miesiąca po implantacji);</li> </ol>

4) spełnienie kryteriów dla wysoko immunizowanych pacjentów (pacjent ma krążące przeciwciała anty-HLA) z pozytywnym wynikiem próby krzyżowej (XM) przeciwko potencjalnemu zmarłemu dawcy nerki.

W przypadku wstępnej kwalifikacji pacjenta do terapii imlifidazą pozytywny wynik wirtualnej próby krzyżowej (vXM) nie będzie stanowił kryterium wykluczenia do przeprowadzenia biologicznej próby krzyżowej jak to ma miejsce w przypadku pozostałych pacjentów zgodnie z aktualnym systemem alokacji nerek;

5) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy, z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności;

6) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki;

7) wyrażenie świadomej zgody przez pacjenta na udział w programie lekowym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu**

1) wcześniejsze leczenie imlifidazą;

2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;

3) trwające poważne zakażenie;

4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP);

5) negatywny wynik próby krzyżowej.

6) biopsja nerki po 3 miesiącach oraz w przypadku wystąpienia wskazań do jej przeprowadzenia (decyzja w oparciu o wyniki oznaczeń DSA oraz stężenia kreatyniny).

## **3. Monitorowanie programu**

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;

2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:

a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku),

b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu,

c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata,

d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał),

e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu,

f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu;

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

Załącznik B.138.FM.

## LECZENIE PACJENTÓW ZE SPEKTRUM ZAPALENIA NERWÓW WZROKOWYCH I RDZENIA KRĘGOWEGO (NMOSD) (ICD-10: G36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>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.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia satralizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek powyżej 12 roku życia;</li> <li>2) rozpoznanie chorób ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych oraz rdzenia kręgowego (NMOSD) - oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych;</li> <li>3) potwierdzenie obecności przeciwciał anti-AQP4;</li> <li>4) EDSS od 0 do 6,5 łącznie;</li> <li>5) brak przeciwwskazań do stosowania satralizumabu określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL);</li> <li>6) brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6;</li> <li>7) w przypadku pacjentek w wieku rozrodczym zaleca się</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>Satralizumab</b> może być stosowany w monoterapii lub w leczeniu skojarzonym z terapią immunosupresyjną doustnymi kortykosteroidami (maksymalna dawka dobową 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobową 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobową 3 000 mg).</p> <p>Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) badanie ogólne moczu,</li> <li>c) CRP,</li> <li>d) AST, ALT,</li> <li>e) lipidogram;</li> </ol> </li> <li>2) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania MRI potwierdzający rozpoznanie NMOSD;</li> <li>3) dostępny (w wywiadzie lub wykonany przy kwalifikacji) wynik badania potwierdzającego obecność przeciwciał anti-AQP4;</li> <li>4) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;</li> <li>5) test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym;</li> <li>6) wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej lub quantiferon);</li> <li>7) wykluczenie aktywnego zakażenia HBV (obecności antygeny HBs), HCV (brak przeciwciał anti-HCV, a w</li> </ol>

<p>stosowanie antykoncepcji.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia;</li><li>3) aktywny nowotwór złośliwy;</li><li>4) wcześniejsze leczenie przeciwciałem anti-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anti-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu;</li><li>5) wcześniejsze leczenie anti-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu;</li></ol>		<p>przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową);</p> <p>8) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu;</li><li>2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog);</li><li>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;</li><li>4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych;</li><li>5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena skuteczności:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wskaźniki efektywności:<ul style="list-style-type: none"><li>– czas do wystąpienia rzutu,</li><li>– częstość rzutów,</li><li>– jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36)</li><li>– czas do zgonu,</li></ul></li></ol></li></ol> <p>Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych:</p>
--	--	---

<p>6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii;</p> <p>7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po każdym pełnych 12 miesiącach terapii.</p> <p>U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy.</p> <p>W przypadku wystąpienia 1 rzutu po minimum 6 miesiącach leczenia można dokonać zmiany / modyfikacji leczenia.</p> <p>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.</p> <p>Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak skuteczności leczenia zgodnie z definicją w pkt. 3;</li><li>2) EDSS 8,5 lub więcej;</li><li>3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL;</li><li>4) aktywny nowotwór złośliwy;</li><li>5) nietolerancja leczenia satralizumabem;</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>i. wzrost o <math>\geq 1,0</math> pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o <math>\geq 2,0</math> pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0),</li><li>ii. wzrost o <math>\geq 2,0</math> pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, mózdkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka),</li><li>iii. wzrost o <math>\geq 1,0</math> pkt. w więcej niż 1 punktowym wyniku układu funkcjonalnego dla danego objawu, z wartością wyjściową wynoszącą co najmniej 1,0,</li><li>iv. wzrost o <math>\geq 1,0</math> pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0.</li></ol> <p>Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt.</p> <p>Objawy muszą utrzymywać się przez &gt;24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR).</p> <p>b) oczekiwane korzyści zdrowotne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– 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;</li></ul>
---	--	--

<p>6) brak współpracy ze strony pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>2) ocena bezpieczeństwa:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) monitorowanie zakażenia dróg moczowych i górnych dróg oddechowych;</li></ul> <p>3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) data rozpoczęcia leczenia,</li><li>b) daty wystąpienia kolejnych rzutów choroby,</li><li>c) ocena w skali EDSS w momencie rozpoczęcia leczenia i co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu</li><li>d) jakość życia – na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (ED-5Q lub SF-36),</li><li>e) data zgonu,</li><li>f) data zakończenia leczenia;</li></ul> <p>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.</p>
--	--	--



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
<b>LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI TRZUSTKI (ICD-10 C 25.4)</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do terapii 177Lu-DOTATATE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie dobrze zróżnicowanego guza neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67 ≤ 20%);</li> <li>2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami;</li> <li>3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatynny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTATATE) lub - w razie braku dostępu - scyntygrafii (SPECT/CT z [<sup>99m</sup>Tc]Tc-HYNIC-TOC) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga ≥ 2);</li> <li>4) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);</li> <li>5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE</b></p> <p>Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda.</p> <p>Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.</p> <p>177Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylniej.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 177Lu-DOTATATE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) bilirubiny,</li> <li>b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> </ol> </li> <li>4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy;</li> <li>5) INR (international normalized ratio);</li> <li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;</li> <li>7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi;</li> <li>8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [<sup>99m</sup>Tc]Tc-HYNIC-TOC w zależności dostępności danej metody diagnostycznej;</li> <li>9) PET/CT z [<sup>18</sup>F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w</li> </ol>

<p>Cooperative Oncology Group) lub WHO;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);</p> <p>7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego;</p> <p>8) wiek <math>\geq</math> 18 roku życia.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie 177Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.</p> <p>Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane:<ol style="list-style-type: none"><li>a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events),</li><li>b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,</li><li>c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny <math>&lt;</math> 30 ml/min lub spadek o 40%,</li><li>d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako:</li></ol></li></ol>		<p>zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>10) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania wykonywane przed każdą infuzją:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny,</li><li>b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny,</li><li>c) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>d) INR.</li></ol> <p>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.</p> <p>2) scyntygrafia poterapeutyczna.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li><li>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;</li></ol>
--	--	---

<p>bilirubinemia, ALT, AST &gt; 3 x górna granica normy, lub hipalbuminemia &lt; 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego &lt; 70%,</p> <p>e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA);</li> <li>3) ciąża i karmienie piersią;</li> <li>4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu;</li> <li>5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przetętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.</li> </ol>		<p>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>
<p><b>LECZENIE PACJENTÓW Z NOWOTWORAMI NEUROENDOKRYNNYMI PRZEWODU POKARMOWEGO WYWODZĄCEGO SIĘ ZE ŚRODKOWEGO ODCINKA PRAJELITA (MIDGUT) (ICD-10 C17.0-C17.9, C18.0-C18.4)</b></p>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji to terapii 177Lu-DOTATATE</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie 177Lu-DOTATATE</b></p> <p>Zalecany schemat leczenia obejmuje do 4 infuzji po 7 400 MBq każda.</p> <p>Zalecany odstęp pomiędzy każdym podaniem wynosi 8 tygodni i można go wydłużyć aż do 16 tygodni w przypadku występowania objawów toksyczności modyfikującej dawkę.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) bilirubiny,</li> <li>b) aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>c) aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> </ol> </li> </ol>

<p>proliferacyjny Ki-67<math>\leq</math>20%);</p> <p>2) guz nieresekcyjny lub z przerzutami;</p> <p>3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyn w we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTATATE) lub scyntygrafii – w razie braku dostępu - (SPECT/CT z [<sup>99m</sup>Tc]Tc-HYNIC-TOC) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga <math>\geq</math> 2);</p> <p>4) progresja choroby oceniona według kryteriów, klinicznych i/lub hormonalnych i/lub 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;</p> <p>5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);</p> <p>7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie wiązką obejmującą ponad 25% szpiku kostnego;</p> <p>8) wiek <math>\geq</math> 18 roku życia.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie <sup>177</sup>Lu-DOTATATE w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia</p>	<p><sup>177</sup>Lu-DOTATATE należy podawać w powolnej infuzji trwającej około 30 minut (zalecana metoda grawitacyjna), jednocześnie z roztworem aminokwasów podawanym w osobnej infuzji dożylniej.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>4) oznaczenie stężenia albumin w surowicy;</p> <p>5) INR (international normalized ratio);</p> <p>6) oznaczenie stężenia kreatyniny lub klirensu kreatyniny;</p> <p>7) TK lub MR w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi;</p> <p>8) SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) - metodą PET/CT z [<sup>68</sup>Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [<sup>99m</sup>Tc]Tc-HYNIC-TOC lub w zależności od dostępności danej metody diagnostycznej;</p> <p>9) PET/CT z [<sup>18</sup>F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania wykonywane przed każdą infuzją:</p> <p>a) ocena parametrów biochemicznych czynności wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT), aminotransferazy asparaginianowej (AST), stężenie albumin i bilirubiny,</p> <p>b) ocena czynności nerek: stężenie kreatyniny i klirens kreatyniny,</p> <p>c) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>d) INR.</p> <p>Powyższe badania należy wykonywać co najmniej raz w ciągu 2 tygodni przed podaniem i 2-4 tygodni po podaniu <sup>177</sup>Lu-DOTATATE. Ponadto zaleca się przeprowadzanie tych badań po 3 miesiącach po ostatniej infuzji <sup>177</sup>Lu-DOTATATE.</p>
---	--	---

<p>leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Cykl leczenia 177Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.</p> <p>Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:</p> <p>Kryteria przerwania terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane;<ol style="list-style-type: none"><li>a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events,</li><li>b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,</li><li>c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny &lt; 30 ml/min lub spadek o 40%,</li><li>d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST &gt; 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia &lt; 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego &lt; 70%,</li><li>e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE.</li></ol></li></ol> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>2) scyntygrafia poterapeutyczna.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	--

<p>NYHA);</p> <p>3) ciąża i karmienie piersią;</p> <p>4) stosowanie interferonu, ewerolimusu lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu;</p> <p>5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przetętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.</p>		
---	--	--

Załącznik B.140.

**LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO (ICD-10: E72.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) zaburzenie cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem enzymatycznym, biochemicznym lub genetycznym, obejmujące niedobór:</p> <p>a) syntetazy karbamoilofosforanowej I, lub</p> <p>b) karbamoilotransferazy ornitynowej, lub</p> <p>c) syntetazy argininobursztynianowej, lub</p> <p>d) liazy argininobursztynianowej, lub</p> <p>e) arginazy I, lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Fenylomaślan glicerolu należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>1) stężenie amoniaku we krwi;</p> <p>2) profil aminokwasów w osoczu;</p> <p>3) wydalanie kwasu orotowego w moczu (metodą ilościową);</p> <p>4) przy podejrzeniu zespołu HHH - profil aminokwasów w moczu;</p> <p>5) przy podejrzeniu deficytu liazy argininobursztynianu – poziom argininobursztynianu we krwi lub moczu;</p> <p>6) analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię;</p> <p>7) konsultacja psychologa (ocena rozwoju psychoruchowego / intelektualnego);</p> <p>8) konsultacja neurologa;</p> <p>9) konsultacja dietetyka (z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie);</p> <p>10) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii.</p>

<p>f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH tj. hiperamonemia-hiperornitynemii-homocytrulinuria);</p> <p>2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów.</p> <p><b>2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie</b></p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną;</p> <p>2) leczenie ostrej hiperamonemii.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie</b></p> <p>Spełnienie któregośkolwiek z poniższych warunków:</p> <p>1) przeszczepienie wątroby;</p> <p>2) nadwrażliwość na fenylloctan lub fenylomaślan;</p> <p>3) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii.</p>		<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku):</p> <p>1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii;</p> <p>2) stężenie amoniaku we krwi;</p> <p>3) stężenie aminokwasów w osoczu;</p> <p>4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/ intelektualnym);</p> <p>5) konsultacja neurologa;</p> <p>6) konsultacja dietetyka.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>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;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---



Załącznik B.141.FM.

**LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM UROTELIALNYM (ICD-10: C61, C65, C66, C67, C68)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie lekowym finansuje się leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>awelumab</i>;</li> <li>2) <i>niwolumab</i>;</li> <li>3) <i>enfortumab wedotyny</i>;</li> </ol> <p><b>Awelumab</b> stosowany jest w pierwszej linii jako leczenie podtrzymujące pierwszego rzutu raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których nie doszło do progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny.</p> <p><b>Niwolumab</b> stosowany jest w leczeniu uzupełniającym raka urotelialnego naciekającego błonę mięśniową u dorosłych z ekspresją PD-L1 na komórkach guza <math>\geq 1\%</math> i z wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą R0.</p> <p><b>Enfortumab wedotyny</b> stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej terapii opartej o chemioterapię pochodnymi platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitor ligandu</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dawka <i>awelumabu</i>: 800 mg co 2 tygodnie;</li> <li>2) Dawka <i>niwolumabu</i>: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie;</li> <li>3) Dawka <i>enfortumabu wedotyny</i>: 1,25 mg/kg mc. (maksymalnie do 125 mg u pacjentów o masie ciała <math>\geq 100</math> kg). Lek należy podawać we wlewie dożylnym w 1., 8. i 15. dniu 28-dniowego cyklu.</li> </ol> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia raka urotelialnego;</li> <li>2) ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej – dotyczy terapii <i>niwolumabem</i>;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) i tetrajodotyroniny (fT4) – dotyczy terapii <i>awelumabem</i> i <i>niwolumabem</i>;</li> <li>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>;</li> <li>10) oznaczenie stężenia glukozy;</li> <li>11) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg);</li> <li>12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</li> <li>13) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> </ol>

<p>programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1).</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy).</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego lub miedniczki nerkowej lub cewki moczowej lub moczowodu lub gruczołu krokowego;</li><li>2) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej;</li><li>3) stan sprawności 0-1 według kryteriów ECOG;</li><li>4) wiek 18 lat i powyżej;</li><li>5) nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych wynikających z przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym, które wymagają potrzeby zwiększania dawki leków steroidowych w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy);</li><li>6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</li><li>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka urotelialnego;</li><li>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>14) TK klatki piersiowej i jamy brzusznej;</li><li>15) TK miednicy w przypadku terapii <i>niwolumabem</i> i <i>enfortumabem wedotyny</i>;</li><li>16) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;</li><li>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);</li><li>18) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych;</li><li>19) elektrokardiogram (EKG);</li><li>20) pomiar ciśnienia tętniczego.</li></ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li><li>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li><li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li><li>5) oznaczenie stężenia glukozy;</li><li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;</li><li>7) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania wykonuje się:</p>
---	--	--

<p>badan laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania poszczególnych substancji określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>11) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie.</p> <p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii</b></p> <p><b>1.2.1. Awelumabem</b></p> <p>1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;</p> <p>2) nieobecność progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny (po zastosowaniu 4-6 cykli <i>cisplatyny</i> z <i>gemcytabiną</i> lub <i>karboplatyny</i> z <i>gemcytabiną</i>);</p> <p>3) zachowanie okresu bez leczenia wynoszącego od 4 do 10 tygodni od ostatniego podania chemioterapii paliatywnej;</p> <p>4) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby;</p> <p>5) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii;</p> <p>6) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena;</p> <p>7) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków</p>	<p>1) co 2 tygodnie w przypadku morfologii krwi z rozmazem (po okresie 3 miesięcy leczenia co 8 tygodni);</p> <p>2) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań (lub częściej w zależności od wskazań klinicznych).</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) TK lub MR odpowiedniego obszaru;</p> <p>2) RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie TK;</p> <p>3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>1) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta;</p> <p>2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.</p> <p><b>3.1. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla <i>awelumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i>:</b></p> <p>1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny;</p> <p>2) przeżycie bez progresji choroby (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny-</p>
--	---

<p>immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone).</p> <p><b>1.2.2. Niwolumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka urotelialnego (lub o mieszanej histopatologii z dominacją komponenty urotelialnej) naciekającego błonę mięśniową, bez obecności przerzutów odległych;</li><li>2) przeprowadzenie radykalnej cystektomii z cechą R0 w okresie do 120 dni przed włączeniem do leczenia;</li><li>3) niestosowanie adjuwantowej terapii systemowej lub radioterapii po radykalnej chirurgicznej resekcji raka urotelialnego;</li><li>4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena;</li><li>5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);</li><li>6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie neoadjuwantowe z wykorzystaniem chemioterapii opartej na <i>cisplatynie</i>;</li><li>7) potwierdzenie badaniem histopatologicznym wysokiego ryzyka nawrotu nowotworu;<ol style="list-style-type: none"><li>a) stopień zaawansowania pT3-pT4a lub pN+ w przypadku pacjentów, u których nie zastosowano neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie,</li><li>b) stopień zaawansowania ypT2-ypT4a lub ypN+ w przypadku pacjentów po zastosowaniu neoadjuwantowej chemioterapii</li></ol></li></ol>		<p>dotyczy terapii <i>awelumabem</i>;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) przeżycie wolne od choroby (DFS ), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszego nawrotu lub zgonu – dotyczy terapii <i>niwolumabem</i>;</li><li>4) jakość życia oceniana na podstawie kwestionariusza EQ-5D-3L;</li><li>5) zdarzenia niepożądane.</li></ol> <p><b>3.2. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla <i>enfortumabu wedotyny</i>:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 12,9 miesiąca;</li><li>2) przeżycie bez progresji choroby (PFS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 5,5 miesiąca;</li><li>3) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 40,6%;</li><li>4) mediana DoR - czas od pierwszej obiektywnej odpowiedzi (CR lub PR) do udokumentowanej progresji choroby (PD) lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej – oczekiwany wynik: 7,9 miesiąca;</li><li>5) wskaźnik kontroli choroby (DCR) zdefiniowany jako uzyskanie przez pacjenta kontroli choroby ocenianej po 8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia i rozumianej jako: — odpowiedź całkowita (CR) lub odpowiedź częściowa</li></ol>
--	--	--

<p>opartej na platynie;</p> <p>8) potwierdzenie poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych <math>\geq 1\%</math>.</p> <p><b>1.2.3. Enfortumabem wedotyny</b></p> <p>1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia;</p> <p>2) progresja radiologiczna choroby u pacjentów, którzy otrzymali chemioterapię opartą o pochodną platyny oraz leczenie inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1).</p> <p>W celu kontynuacji terapii, do programu lekowego mogą zostać włączeni pacjenci leczeni w ramach innego sposobu finansowania, poza badaniami klinicznymi, do momentu objęcia refundacją leku w programie lekowym, pod warunkiem, iż w momencie rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji uwzględnione w punkcie 1 oraz nie spełniali kryteriów uwzględnionych w punkcie 3.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>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.</p> <p>W przypadku terapii <i>niwolumabem</i> leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić 8 tygodni.</p>		<p>(PR) mierzonych według aktualnych kryteriów RECIST lub</p> <p>— stabilizacja choroby (SD)</p> <p>-oczekiwany wynik: 71,9%.</p> <p>Pierwszą ocenę odpowiedzi na leczenie <i>enfortumabem wedotyny</i> wykonuje się w 8 tygodniu leczenia (po dwóch pierwszych 28-dniowych cyklach leczenia).</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
--	--	---

**3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, z możliwością potwierdzenia w kolejnej ocenie badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni – dotyczy terapii *awelumabem* lub *enfortumabem wedotyny*;
- 2) nawrót choroby- dotyczy terapii *niwolumabem*;
- 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 4) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;
- 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek, białko mysie lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 8) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

Załącznik B.142.

## LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZESPOŁAMI MIELODYSPLASTYCZNYMI Z TOWARZYSZĄCĄ NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZALEŻNĄ OD TRANSFUZJI (ICD-10: D46.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) anemią zależną od przetoczeń (<math>\geq 2</math> jednostki kkcw w okresie 8 tygodni w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu);</li> <li>2) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS;</li> <li>3) z syderoblastami pierścieniowymi (MDS-RS definiowane jest przy <math>\geq 15\%</math> syderoblastów pierścieniowych lub <math>\geq 5\%</math> syderoblastów pierścieniowych w przypadku obecności mutacji <i>SF3BI</i>);</li> <li>4) u których wystąpiła niedostateczna odpowiedź na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę, lub którzy nie kwalifikują się do takiego leczenia - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wytycznymi;</li> <li>5) jeśli do programu kwalifikowane są kobiety mogące zajść w ciążę muszą stosować skuteczną metodę antykoncepcji w trakcie leczenia i przez okres co najmniej 3 miesiące po przyjęciu ostatniej dawki leku.</li> </ol> <p>Wszystkie powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku (wg R-IPSS), z syderoblastami pierścieniowymi, leczeni luspaterceptem w ramach innego</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa luspaterceptu to 1,0 mg/kg m.c. raz na 3 tygodnie.</p> <p>W przypadku pacjentów, którzy nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek w dawce początkowej wynoszącej 1,0 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,33 mg/kg m.c.</p> <p>Jeśli pacjenci nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek wynoszących 1,33 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,75 mg/kg m.c.</p> <p>Zwiększanie dawki nie powinno następować częściej niż co 6 tygodni (2 podania) i nie powinno przekraczać maksymalnej dawki wynoszącej 1,75 mg/kg m.c. co 3 tygodnie.</p> <p>Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p><b>1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie mutacji <i>SF3BI</i> u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowych <math>\geq 5\%</math> i <math>\leq 15\%</math>;</li> <li>3) test ciążyowy przed rozpoczęciem leczenia u kobiet mogących zajść w ciążę.</li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi obwodowej przed każdym podaniem luspaterceptu.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> </ol>

<p>sposobu finansowania terapii, jeśli w momencie włączenia luspaterceptu spełnione były ww. kryteria kwalifikacji.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak odpowiedzi na leczenie ocenionej po 8 cyklach leczenia; odpowiedź na leczenie definiuje się jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:<ol style="list-style-type: none"><li>a) okres niezależności od przetoczeń kkc <math>\geq 8</math> tyg.,</li><li>b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby jednostek przetoczonych przez okres min 8 tyg. względem analogicznego okresu przed włączenie pacjenta do programu,</li><li>c) poprawa stężenia hemoglobiny o <math>\geq 1,5</math> g/dl wykazana w <math>\geq 2</math> kolejnych pomiarach i utrzymanej przez <math>\geq 8</math> tyg. w porównaniu do średniej z 2 pomiarów w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu;</li></ol></li><li>2) brak zmniejszenia zależności od przetoczeń po 3 cyklach leczenia przy maksymalnym poziomie dawki luspaterceptu;</li><li>3) nadwrażliwość na luspatercept lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>4) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie zgodnie z ChPL;</li><li>5) progresja choroby podstawowej (MDS);</li><li>6) ciąża;</li><li>7) odmowa stosowania przez kobiety mogące zajść w ciążę skutecznej metody antykoncepcji.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	--



Załącznik B.143.

## LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ (ICD-10: E71.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku:</p> <p>a) &gt;90 <math>\mu\text{mol/l}</math> u dzieci,</p> <p>b) &gt;50 <math>\mu\text{mol/l}</math> u dorosłych,</p> <p>w przebiegu acydurii propionowej, metylomalonowej oraz izowalerianowej zdiagnozowanej na podstawie analizy profilu kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS i profilu acylokarnityn we krwi metodą tandem MS.</p> <p>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.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Początkowa dawka dobową powinna wynosić 100 mg/kg, w razie potrzeby do 250 mg/kg.</p> <p>Następnie dawkę należy dostosować indywidualnie tak, aby utrzymać prawidłowe stężenie amoniaku w osoczu wg zasad opisanych w ChPL.</p> <p>Do tabletek należy dodać co najmniej 5-10 ml wody, do powstania zawiesiny i połączyć natychmiast lub podać szybko strzykawką przez zgłąbniak nosowo-żołądkowy.</p> <p>Szczegółowe informacje odnośnie dawkowania oraz jego modyfikacji zawarte są w aktualnym na dzień wydania decyzji dokumencie Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego;</li> <li>2) stężenie amoniaku w osoczu;</li> <li>3) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu/surowicy;</li> <li>4) morfologia z rozmazem;</li> <li>5) gazometria krwi;</li> <li>6) profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS;</li> <li>7) profil acylokarnityn w suchejkroplici krwi;</li> <li>8) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/wysokości ciała, BMI);</li> <li>9) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej;</li> <li>10) ciśnienie tętnicze krwi;</li> <li>11) EKG;</li> </ol>

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;</li><li>2) wystąpienie nadwrażliwości na kwas kargluminowy lub którykolwiek z pozostałych składników leku;</li><li>3) ciąża lub karmienie piersią;</li><li>4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>12) konsultacja neurologiczna;</li><li>13) konsultacja dietetyczna;</li><li>14) konsultacja psychologiczna.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Co najmniej raz na 180 dni ocena stanu pacjenta oraz skuteczności terapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego;</li><li>2) stężenie amoniaku w osoczu;</li><li>3) gazometria krwi;</li><li>4) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu /surowicy;</li><li>5) morfologia z rozmazem;</li><li>6) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI);</li><li>7) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej;</li><li>8) EKG;</li><li>9) konsultacja neurologiczna;</li><li>10) konsultacja dietetyczna;</li><li>11) konsultacja psychologiczna w zależności od potrzeb;</li><li>12) badanie EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach).</li></ol> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.</p>
---	--	---

		<p>Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.1;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.144.

## LECZENIE PACJENTÓW Z GUZAMI LITYMI Z FUZJĄ GENU RECEPTOROWEJ KINAZY TYROZYNOWEJ DLA NEUROTROFIN (NTRK)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>entrektytib</i>,</li> <li>2) <i>larotrektytib</i>,</li> </ol> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów z Guzami Litymi Wykazującymi Fuzję Genu NTRK (dalej jako Zespół Koordynacyjny), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne nowotworu łitego;</li> <li>2) obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, <i>next-generation sequencing</i>) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;</li> <li>3) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym lub nowotwór, w przypadku którego resekcja</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p> <p><b>1.1. Entrektytib</b></p> <p>Zalecana dawka <i>entrektytibu</i> u dorosłych to 600 mg raz na dobę.</p> <p>Zalecana dawka <i>entrektytibu</i> u dzieci i młodzieży to 300 mg/m<sup>2</sup> raz na dobę, maksymalnie 400 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała do 1,50 m<sup>2</sup> lub 600 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała od 1,51 m<sup>2</sup> na dobę.</p> <p><b>1.2. Larotrektytib</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu łitego;</li> <li>2) potwierdzenie obecności fuzji genu NTRK w materiale tkankowym uzyskanym z nowotworu na podstawie wyniku zwalidowanego testu z zastosowaniem molekularnych metod diagnostycznych;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>8) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>9) elektrokardiografia (EKG);</li> <li>10) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej;</li> <li>11) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.</li> </ol> <p><b>2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol>

<p>chirurgiczna prawdopodobnie doprowadzi do poważnych i niekorzystnych następstw zdrowotnych;</p> <p>4) brak wcześniejszego leczenia inhibitorem NTRK;</p> <p>5) wiek od 12 roku życia - w przypadku <i>entrektyribu</i>;</p> <p>6) wyczerpanie możliwości terapeutyczne lub brak innych terapii, dla których potwierdzono korzyści kliniczne w danym wskazaniu, ustalone na podstawie dokumentacji medycznej przez Zespół Koordynacyjny;</p> <p>7) obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (lub RANO w przypadku nowotworów OUN) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>8) stan sprawności:</p> <p>a) dorośli oraz dzieci w wieku co najmniej 16 lat 0-1 według w skali ECOG lub równoważny wynik w skali Karnofsky'ego,</p> <p>b) dzieci poniżej 16 r.ż. co najmniej 50 w skali Lansky'ego;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej na dzień wydania decyzji ChPL;</p> <p>10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji ChPL;</p> <p>11) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji powinny zostać spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w</p>	<p>Zalecana dawka <i>larotrektyribu</i> u dorosłych to 100 mg dwa razy na dobę.</p> <p>Zalecana dawka <i>larotrektyribu</i> u dzieci i młodzieży to 100 mg/m<sup>2</sup> dwa razy na dobę, maksymalnie 100 mg na dawkę.</p>	<p>2) oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>7) EKG.</p> <p>Wymienione badania powinny być wykonywane co 4 tygodnie za wyjątkiem badania EKG – wg wskazań klinicznych.</p> <p><b>3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej;</p> <p>2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów OUN) w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Badania obrazowe wykonywane są co 4 tygodnie lub, w uzasadnionych przypadkach klinicznych, w terminie zgodnym z decyzją lekarza prowadzącego (powód uzasadnionej zmiany terminu badania powinien zostać odnotowany w dokumentacji medycznej pacjenta).</p> <p>W grupie pacjentów uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, częstotliwość wykonywania badań obrazowych może zostać ustalona indywidualnie przez Zespół Koordynacyjny.</p> <p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p>
--	---	--

ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

## 3. Kryteria zakończenia udziału w programie

- 1) stwierdzenie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym (jeśli z uwagi na charakter choroby taka ocena jest możliwa i miarodajna) lub obrazowym na podstawie kryteriów RECIST 1.1. (lub RANO w przypadku przerzutów w OUN);
- 2) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE lub wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE) zgodnie z zapisami ChPL;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na *entrektyrib/larotrektyrib* lub na substancję pomocniczą;
- 5) obniżenie sprawności:

- całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

## 4. Monitorowanie programu

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

<p>a) o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów skali ECOG,</p> <p>b) wynik w skali Karnofsky'ego lub w skali Lansky'ego poniżej 50;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia <i>entrekty nibem</i> /<i>larotrekty nibem</i> ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		
--	--	--

Załącznik B.145.

**LECZENIE CHORYCH NA UKŁADOWĄ AMYLOIDOZĘ ŁAŃCUCHÓW LEKKICH (AL) (ICD-10: E85.8)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) udostępnia się terapię:</p> <p>1) w I linii leczenia: <i>daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</li> <li>uprzednio nieleczona układowa amyloidozę łańcuchów lekkich (AL);</li> <li>eGFR <math>\geq 20</math> ml/min/1,73m<sup>2</sup> pc.;</li> <li>stężenie NT-proBNP <math>\leq 8\ 500</math> ng/l;</li> <li>skurczowe ciśnienie krwi <math>\geq 90</math>mmHg;</li> <li>brak niewydolności serca w stopniu IIIB i IV wg klasyfikacji NYHA;</li> <li>brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego;</li> <li>brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. <i>daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i></b></p> <p>Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><u>Daratumumab</u> s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. Maksymalny czas leczenia daratumumabem wynosi 24 cykle.</p> <p><u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana podskórnym w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p><u>Cyklofosfamid</u>: zalecana dawka 300 mg/m<sup>2</sup> pc. podawana doustnie lub dożylnie (dawka maksymalna 500 mg) w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p><u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (lub w zmniejszonej dawce 20 mg u pacjentów: w wieku &gt; 70 lat lub ze wskaźnikiem masy ciała [BMI] &lt;18,5 lub u pacjentów z hiperwolemią, źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją steroidów),</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozę AL: <ol style="list-style-type: none"> <li>wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwieńią Kongo,</li> <li>bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin,</li> <li>wykazanie monoklonalnego rozrostu plazmocytołów na podstawie stwierdzenia białka M (badanie elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu) lub dysproporcji sFLC (badanie wolnych łańcuchów lekkich w surowicy) lub obecności klonalnych plazmocytołów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne);</li> </ol> </li> <li>ocena zajęcia narządowego – serce: <ol style="list-style-type: none"> <li>oznaczenie stężenia NT-proBNP,</li> <li>oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I,</li> <li>pomiar wartości ciśnienia tętniczego,</li> <li>badanie echokardiograficzne serca,</li> <li>elektrokardiografia (EKG),</li> <li>rezonans magnetyczny serca (jeśli jest wskazany);</li> </ol> </li> <li>ocena zajęcia narządowego – wątroba:</li> </ol>



<p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>12) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;</p> <p>13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż:</p> <p>1) maksymalny czas terapii <i>daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i> w I linii leczenia wynosi 24 cykle (96 tygodni), w tym <i>daratumumab</i> z <i>bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i> podawany jest przez 6 pierwszych cykli, natomiast przez kolejne 18 cykli <i>daratumumab</i> jest podawany w monoterapii.</p>	<p>podawana doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.</p> <p>Przed rozpoczęciem terapii zaleca się profilaktykę przeciwwirusową zapobiegającą reaktywacji wirusa HSV/VZV.</p>	<p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej,</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,</p> <p>e) ultrasonografia (USG) wątroby;</p> <p>4) ocena zajęcia narządowego – nerki:</p> <p>a) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu,</p> <p>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</p> <p>c) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p> <p>5) ocena zajęcia narządowego – inne narządy (jeśli klinicznie uzasadnione);</p> <p>6) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>7) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC);</p> <p>8) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a).</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane przed każdym cyklem leczenia:</p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym);</p> <p>2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</p> <p>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p> <p>5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>6) oznaczenie klirensu kreatyniny;</p>
---	--	--

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 3 cyklach leczenia) definiowana jako:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wystąpienie progresji hematologicznej (na podstawie stężenia białka M i sFLC),</li></ol></li><li>lub</li><li>b) wystąpienie progresji narządowej (serca, nerek lub wątroby);</li><li>2) brak co najmniej bardzo dobrej odpowiedzi częściowej (VGPR) po 6 cyklach leczenia;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>7) oznaczenie stężenia NT-proBNP;</li><li>8) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać po 3 i 6 cyklu leczenia, a następnie przy podejrzeniu utraty odpowiedzi lub progresji, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu;</li><li>2) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC);</li><li>3) w przypadku zajęcia serca: oznaczenie stężenia NT-proBNP;</li><li>4) w przypadku zajęcia wątroby:<ol style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia fosfatazy zasadowej,</li><li>b) ultrasonografia (USG) wątroby;</li></ol></li><li>5) w przypadku zajęcia nerek:<ol style="list-style-type: none"><li>a) pomiar ilości białka w dobowej zbiorce moczu,</li><li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>c) oznaczenie klirensu kreatyniny;</li></ol></li><li>6) dodatkowo inne badania w przypadku zajęcia narządu innego niż serce, wątroba lub nerki (jeśli klinicznie uzasadnione);</li></ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
--	--	--

		<p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:<ol style="list-style-type: none"><li>a) odpowiedź hematologiczna:<ul style="list-style-type: none"><li>– całkowita odpowiedź (CR),</li><li>– bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),</li><li>– częściowa odpowiedź (PR),</li><li>– brak odpowiedzi (NR),</li><li>– progresja choroby (PD),</li></ul></li><li>b) odpowiedź narządowa (sercowa, nerkowa, wątrobowa – jeśli dotyczy),</li><li>c) przeżycie bez progresji choroby (PFS),</li><li>d) przeżycie całkowite (OS);</li></ol></li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie</li></ol>
--	--	--

---

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

Załącznik B.146.

**LECZENIE CHORYCH NA MAKROGLOBULINEMIĘ WALDENSTRÖMA (ICD-10: C88.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W ramach programu lekowego chorym na makroglobulinemię Waldenströma udostępnia się terapię <i>zanubrutynibem</i> w <i>monoterapii</i>:</p> <p>1) w I linii leczenia u chorych niekwalifikujących się do immunochemioterapii, albo</p> <p>2) w II i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek 18 lat i powyżej;</p> <p>2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;</p> <p>3) potwierdzone rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma u pacjenta:</p> <p>a) uprzednio nieleczonego i niekwalifikującego się do immunochemioterapii, albo</p> <p>b) po uprzednim zastosowaniu co najmniej jednej linii leczenia;</p> <p>4) obecność wskazań do leczenia według aktualnych zaleceń International Workshop on Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM);</p>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p><b>1.1. zanubrutynib w monoterapii</b></p> <p>Zalecana dawka zanubrutynibu wynosi 320 mg na dobę.</p> <p>Dawkę dobową można przyjmować raz na dobę, albo podzielić na dwie dawki po 160 mg i przyjmować dwa razy na dobę.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram i immunofiksacja);</p> <p>2) badanie potwierdzające rozpoznanie makroglobulinemii Waldenströma – trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klonalny naciek chłoniaka limfoplazmocytozy – w przypadku stosowania zanubrutynibu w I linii leczenia – o ile nie było wykonane wcześniej;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych);</p> <p>4) ocena wydolności nerek:</p> <p>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</p> <p>b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi;</p> <p>c) oznaczenie wskaźnika eGFR;</p> <p>5) ocena wydolności wątroby:</p> <p>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</p> <p>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</p>

- 5) liczba neutrofilii  $\geq 0,75 \times 10^9/l$  i liczba płytek krwi  $\geq 50 \times 10^9/l$  (niezależnie od stosowania G-CSF i transfuzji płytek krwi);
- 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 7) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 10) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
- 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
- 12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

- 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);
- 7) badania oceniające zaawansowanie choroby (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy albo rezonans magnetyczny albo USG jamy brzusznej oraz RTG klatki piersiowej – rodzaj badania do decyzji lekarza) – jeśli nie zostały wykonane w okresie ostatniego 1 miesiąca;
- 8) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA);
- 9) elektrokardiografia (EKG);
- 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).

## 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

Badania wykonywane:

- 1) raz na miesiąc:
  - a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych);
  - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
  - c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
  - d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
  - e) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
- 2) raz na 3 miesiące:
  - a) elektrokardiografia (EKG).

## 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami:

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby w trakcie leczenia;</li><li>2) transformacja makroglobulinemii Waldenströma w agresywnego chłoniaka;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</li><li>5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</li><li>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) raz na 3 miesiące – oznaczenie stężenia monoklonalnego białka IgM w surowicy (proteinogram, a w razie potrzeby immunofiksacja);</li><li>2) raz na 6 miesięcy – badania oceniające zaawansowanie choroby (USG lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) – konieczność wykonywania badań obrazowych oraz rodzaj badania do decyzji lekarza.</li></ol> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:<ol style="list-style-type: none"><li>a) całkowita odpowiedź (CR),</li><li>b) bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR),</li><li>c) częściowa odpowiedź (PR),</li></ol></li></ol>
--	--	---

		<p>d) mniejsza odpowiedź (MR), e) choroba stabilna (SD), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS);</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---



Załącznik B.147.

**LECZENIE CHORYCH NA DEPRESJĘ LEKOOPORNĄ (ICD-10: F33.1, F33.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <p>Do leczenia <i>esketaminą</i> w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek od ukończenia 18 roku życia do 75 roku życia;</li> <li>2) potwierdzone rozpoznanie depresji zakwalifikowanej wg obowiązującej klasyfikacji ICD-10 do kodów: F33.1 i F33.2;</li> <li>3) aktualny epizod depresji o nasileniu umiarkowanym lub ciężkim wg skali MADRS;</li> <li>4) przeciwwskazania lub oporność lub brak zgody pacjenta na terapię elektrowstrząsami;</li> <li>5) potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne (stosowane w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych) w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego;</li> <li>6) nie więcej niż 5 różnych leków przeciwdepresyjnych w bieżącym epizodzie depresji;</li> <li>7) co najmniej drugi epizod depresji;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Pacjenci poniżej 65 r.ż.</b></p> <p><b>Faza indukcji:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>tygodnie 1-4:</b> pierwsze podanie 56 mg, kolejne podania 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu.</li> </ul> <p>Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p> <p><b>Faza podtrzymująca:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>tygodnie 5-8:</b> 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu,</li> <li>– <b>od 9 tygodnia:</b> 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.</li> </ul> <p>Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.</p> <p><b>1.2. Pacjenci od 65 roku życia</b></p> <p><b>Faza indukcji:</b></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena nasilenia depresji wg skali MADRS;</li> <li>2) badanie psychiatryczne mające na celu udokumentowanie wykluczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zaburzeń osobowości,</li> <li>b) choroby afektywnej dwubiegunowej,</li> <li>c) uzależnienia od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków;</li> </ol> </li> <li>3) aktywność aminotransferaz (ASPAT, AIAT);</li> <li>4) badanie poziomu TSH;</li> <li>5) pomiar ciśnienia krwi;</li> <li>6) test ciążyowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar ciśnienia krwi (przed podaniem leczenia oraz około 40 minut po podaniu dawki, a następnie, zgodnie z potrzebą kliniczną);</li> <li>2) ocena pod kątem rozwoju zachowań lub stanów nadużywania lub niewłaściwego stosowania leku.</li> </ol>

<p>8) obecny epizod trwający co najmniej 6 miesięcy wg daty pierwszej wizyty lekarskiej związanej z leczeniem tego epizodu;</p> <p>9) wykluczenie rozpoznania zaburzeń osobowości typu <i>borderline</i> lub choroby afektywnej dwubiegunowej;</p> <p>10) brak historii uzależnień w wywiadzie (uzależnienie od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków);</p> <p>11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>12) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii;</p> <p>13) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni esketaminą w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem trwających badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego oraz nie spełniali kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu - przy czym maksymalny czas leczenia w programie wynosi 8 miesięcy (łącznie faza indukcji i faza podtrzymania).</p> <p>Pod koniec fazy indukcji (po 4 tygodniach leczenia) należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p>	<p>– <b>tygodnie 1-4:</b> pierwsze podanie 28 mg, kolejne podania 28 mg, 56 mg lub 84 mg dwa razy w tygodniu.</p> <p>Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.</p> <p>Pod koniec fazy indukcji należy ocenić dowody korzyści terapeutycznej, aby określić potrzebę kontynuacji leczenia.</p> <p><b>Faza podtrzymująca:</b></p> <p>– <b>tygodnie 5-8:</b> 28 mg, 56 mg lub 84 mg raz w tygodniu,</p> <p>– <b>od 9 tygodnia:</b> 28 mg, 56 mg lub 84 mg co 2 tygodnie lub raz w tygodniu.</p> <p>Wszystkie zmiany dawki powinny przyrastać stopniowo o 28 mg.</p> <p>Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać.</p> <p><b>1.3.</b> W fazie podtrzymującej zaleca się utrzymanie dawki, którą pacjent otrzymuje na końcu fazy indukcji. Podczas fazy podtrzymującej, w celu utrzymania remisji/odpowiedzi należy indywidualnie dostosować dawkowanie produktu leczniczego do najniższej częstości podawania.</p>	<p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) ocena nasilenia objawów według skali MADRS:</p> <p>a) w fazie indukcji:</p> <p>– jeden raz w tygodniu,</p> <p>– po koniec fazy indukcji w celu oceny <b>skuteczności terapii</b> warunkującej kontynuację leczenia - zgodnie z pkt 1 kryteriów wyłączenia,</p> <p>b) w fazie podtrzymującej:</p> <p>– przy każdym podaniu leku w celu oceny ewentualnej <b>utruty skuteczności terapii</b> (nawrót choroby) – zgodnie z pkt 2 kryteriów wyłączenia lub <b>uzyskania remisji</b> (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS &lt; 10) lub <b>trwałej remisji</b> (zdefiniowana jako wynik w skali MADRS &lt; 10 uzyskany w każdym kolejnym badaniu).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia (wynik w skali MADRS, redukcja wyniku w skali MADRS pod koniec fazy indukcji, utrata skuteczności terapii, remisja) z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej,</p>
---	--	---

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak potwierdzonej <b>skuteczności leczenia</b> pod koniec fazy indukcji (redukcja wyniku w skali MADRS o mniej niż 50% w porównaniu do wyniku z badania kwalifikującego do programu);</li><li>2) <b>utrata skuteczności terapii</b> w trakcie leczenia podtrzymującego (wynik w skali MADRS &gt; 22 w trakcie dwóch kolejnych badań);</li><li>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocnicze;</li><li>4) wystąpienie działań niepożądanych związanych ze stosowaniem leku uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</li><li>5) hospitalizacja z powodu nasilenia się depresji lub innego klinicznie istotnego zdarzenia określonego na podstawie oceny klinicznej jako wskazującego na nawrót choroby depresyjnej takiej jak - próby samobójcze lub hospitalizacja w celu zapobiegania samobójstwom;</li><li>6) zmiana towarzyszącego leczenia przeciwdepresyjnego (z przyczyn innych niż nietolerancja doustnego leku przeciwdepresyjnego).</li></ol>		zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.148.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10:C54)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie pacjentek z nawrotowym lub zaawansowanym rakiem endometrium substancją czynną <i>dostarlimab</i>.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium <math>\geq</math>IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego;</li> <li>2) wystąpienie progresji zaawansowanego lub nawrotowego raka endometrium w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii dwulekowej zawierającego platynę;</li> <li>3) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instabilityhigh, MSIH) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu;</li> <li>4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</li> <li>5) wcześniejsze leczenie terapiami hormonalnymi jest dopuszczalne i nie wlicza się do liczby zastosowanych terapii;</li> <li>6) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>7) stan sprawności 0-1 według skali ECOG;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Dostarlimab</b></p> <p>Zalecana dawka w monoterapii wynosi 500 mg dostarlimabu co 3 tygodnie w pierwszych 4 cyklach, a następnie 1000 mg co 6 tygodni we wszystkich kolejnych cyklach (3 tygodnie pomiędzy cyklem 4, a cyklem 5).</p> <p>Nie zaleca się zmniejszania dawki. Dostarlimab należy trwale odstawić, jeśli uszkodzenie wątroby nie ulegnie poprawie do co najmniej 1. stopnia według NCI-CTC w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki, a dawka kortykosteroidów nie może być zmniejszona do 10 mg lub mniej prednizolonu na dobę w ciągu 12 tygodni lub równoważnej dawki na dobę w ciągu 12 tygodni lub jakkolwiek reakcji NCI-CTC stopnia 3 lub wyższego.</p> <p>Pozostałe szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;</li> <li>6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT);</li> <li>7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</li> <li>8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;</li> <li>9) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>10) badanie TK lub MR jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>11) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p>

<p>8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>12) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni dostarlimabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p>	<p>zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;</li><li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li><li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li><li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej;</li><li>6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (PT);</li><li>7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</li><li>8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;</li><li>9) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania laboratoryjne krwi wykonuje się co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała powinny być wykonywane co 3 miesiące przez 12 miesięcy i następnie co 6 miesięcy.</li><li>2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.</p>
--	--	---

<p>2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, potwierdzonej na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;</p> <p>3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;</p> <p>4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia.</p> <p>6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>7) okres ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</p>		<p>Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,</li><li>b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),</li><li>c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).</li></ul> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ul>
--	--	--

Załącznik B.149.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA PRZESZCZEP PRZECIWKO GOSPODARZOWI (ICD-10: T86.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego pacjentom z:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ostrą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD), albo</li> <li>2) przewlekłą chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD),</li> </ol> <p>udostępnia się terapię ruksolitynibem <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz wszystkie kryteria szczegółowe (z punktu 1.2. albo 1.3.) dla poszczególniej terapii.</p> <p><b>1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjent z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>2) wiek 12 lat i powyżej;</li> <li>3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>4) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leku</b></p> <p><b>1.1. ruksolitynib</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa ruksolitynibu w leczeniu ostrej i przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wynosi 10 mg doustnie podawana 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 20 mg).</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leku</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi;</li> <li>2) ocena wydolności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;</li> </ol> </li> <li>3) ocena wydolności nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>4) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>2.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane nie rzadziej niż co 14 dni: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.</li> </ol> </li> </ol>

- 5) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń;
- 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego;
- 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.

#### **1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)**

- 1) rozpoznanie ostrej (stopnia II do IV) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC;
- 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:
  - a) progresja choroby w zakresie jakiegokolwiek narządu w ciągu 5 dni od rozpoczęcia stosowania dawki  $\geq 2,0$  mg/kg mc., a w przypadku aGvHD w stopniu II przynajmniej 0,5mg/kg mc. metyloprednizolonu lub jego odpowiednika,
  - b) brak odpowiedzi na kortykosteroidy w ciągu 7 dni,
  - c) niecałkowita odpowiedź na leki immunosupresyjne w tym kortykosteroidy po 28 dniach stosowania.

#### **2.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)**

- 1) badanie wykonywane co 2-4 tygodnie – morfologia krwi;
- 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie:
  - a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
  - b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST),
  - c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi;
- 3) w zależności od sytuacji klinicznej – badania w kierunku zakażeń wirusowych (np. CMV, EBV, BKV, Parwovirus B19 i innych).

#### **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

##### **3.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD)**

- 1) nie rzadziej niż co 14 dni – ocena stopnia nasilenia objawów aGvHD według kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC.

##### **3.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)**

- 1) nie rzadziej niż co 28 dni – ocena stopnia nasilenia objawów cGvHD według kryteriów np. NIH (National Institutes of Health).

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona według tych samych kryteriów dla oceny stopnia nasilenia objawów, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia i powinna pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.



**1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)**

- 1) rozpoznanie przewlekłej (umiarkowanej lub ciężkiej) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. NIH (National Institutes of Health);
- 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:
  - a) progresja objawów ciężkiej cGvHD w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce  $\geq 1,0$  mg/kg mc, a w przypadku cGvHD umiarkowanej – w dawce  $\geq 0,5-1,0$  mg/kg mc. lub odpowiednika przez 2 tygodnie,
  - b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce  $\geq 0,5$  mg/kg mc. lub odpowiednika przez miesiąc,
  - c) nawrót objawów przy próbie odstawienia metyloprednizolonu lub odpowiednika.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

**2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż leczenie trwa maksymalnie do

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

**4. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
  - a) w przypadku aGvHD:
    - całkowita odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
    - częściowa odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
    - brak odpowiedzi (NR),
  - b) w przypadku cGvHD:
    - całkowita odpowiedź na leczenie,
    - częściowa odpowiedź na leczenie,
    - brak odpowiedzi (NR),
  - c) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

czasu ustąpienia wszystkich objawów choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi z uwzględnieniem czasu potrzebnego do stopniowej redukcji dawki ruksolitynibu po uzyskaniu odpowiedzi na leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi;
- 2) brak jakiegokolwiek odpowiedzi na leczenie po maksymalnie:
  - a) 8 tygodniach w przypadku aGvHD,
  - b) 24 tygodniach w przypadku cGvHD;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

Załącznik B.150.

**LECZENIE CHORYCH Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM (TRU, SLE) (ICD-10: M32)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapię:</p> <p>1) <i>anifrolumabem</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) pacjenci w wieku <math>\geq 18</math> lat:</p> <p>a) z rozpoznaniem TRU na podstawie obowiązujących kryteriów klasyfikacyjnych EULAR/ACR,</p> <p>oraz</p> <p>b) z aktywną chorobą definiowaną jako:</p> <p>i. wartość SLEDAI-2K <math>\geq 6</math>, w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K <math>\geq 4</math>,</p> <p>lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka anifrolumabu to podanie 300 mg co 4 tygodnie w infuzji dożylniej trwającej 30 minut.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;</p> <p>4) płytki krwi (PLT);</p> <p>5) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy;</p> <p>6) aminotransferaza asparaginianowa (ALT);</p> <p>7) aminotransferaza alaninowa (AST);</p> <p>8) kinaza kreatynowa (CK);</p> <p>9) badanie ogólne moczu;</p> <p>10) białko w dobowej zbiorce moczu w przypadku dodatniego wyniku badania ogólnego moczu;</p> <p>11) miano p/ciał przeciwjądrowych (ANA) met. IF;</p> <p>12) profil ANA (w przypadku dodatniego miana ANA);</p> <p>13) dsDNA;</p> <p>14) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4;</p> <p>15) stężenie IgG, IgM, IgA (do decyzji lekarza);</p> <p>16) test Quantiferon;</p>

<p>ii. ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 <math>\geq 1</math> A lub <math>\geq 2</math> B,</p> <p>oraz</p> <p>iii. wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali 0-3 (PGA) <math>&gt; 1</math>,</p> <p>pomimo stosowania GKS w przeliczeniu na prednizon w dawce <math>&gt; 7,5</math> mg/dobę oraz co najmniej dwóch leków spośród rekomendowanych dla danej postaci klinicznej TRU, jak metotreksat lub mykofenolan mofetylu lub cyklofosfamid lub azatiopryna lub leki antymalaryczne lub inhibitory kalcyneuryny lub immunoglobuliny lub rytuksymab zgodnie z aktualnymi rekomendacjami EULAR/ACR przez okres co najmniej 6 miesięcy lub krócej w przypadku nietolerancji lub działań niepożądanych, jeśli zastosowanie danego leku nie jest przeciwwskazane oraz nie istnieją ograniczenia dotyczące jego stosowania;</p> <p>2) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;</p> <p>3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>5) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR /PTR;</p>		<p>17) obecność antygeny HBs;</p> <p>18) przeciwciała anty-HBc;</p> <p>19) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>20) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>21) EKG;</p> <p>22) RTG lub TK klatki piersiowej (maksymalnie do 6 m-cy przed kwalifikacją);</p> <p>23) stężenie prokalcytoniny (do decyzji lekarza);</p> <p>24) test ciążowy (do decyzji lekarza);</p> <p>25) USG stawów (do decyzji lekarza);</p> <p>26) echo serca (do decyzji lekarza);</p> <p>27) EMG (do decyzji lekarza).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) i po 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania leku należy wykonać:</p> <p>a) stężenie CRP,</p> <p>b) morfologię krwi,</p> <p>c) płytki krwi (PLT),</p> <p>d) stężenie kreatyniny/GFR w surowicy,</p> <p>e) AST i ALT,</p> <p>f) CK (do decyzji lekarza),</p> <p>g) badanie ogólne moczu,</p> <p>h) białko w dobowej zbiorce moczu (do decyzji lekarza),</p> <p>i) dsDNA,</p> <p>j) stężenie składowych dopełniacza C3 i C4,</p>
--	--	--

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

## 2. Czas leczenia w programie

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

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6-12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od rozpoczęcia terapii, a następnie po każdym kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc). Miernikiem adekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie wymienionych kryteriów odpowiedzi SRI-4 (a-c) lub BICLA (d-f) lub uzyskanie niskiej aktywności LLDAS (g-i) lub zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby (j):
  - a) zmniejszenie wartości SLEDAI-2K  $\geq 4$ ,
  - b) brak pogorszenia w innych układach narządów,
  - c) brak pogorszenia PGA  $\geq 0,3$ ,  
lub
  - d) poprawa wszystkich wyjściowych ocen A do B/C/D oraz ocen B do C/D w skali BILAG-2004,
  - e) brak pogorszenia w innych układach narządów,
  - f) brak pogorszenia PGA  $\geq 0,3$  w skali 0-3,  
lub

oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 6 -12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

## 3. Monitorowanie programu

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

<p>g) wartość SLEDAI-2K <math>\leq 4</math> lub wartość klinicznego SLEDAI-2K <math>\leq 2</math>,</p> <p>h) wartość PGA <math>\leq 1</math>,</p> <p>i) aktualnie przyjmowana dawka GKS w przeliczeniu na prednizon <math>\leq 7,5</math> mg/dobę,</p> <p>lub</p> <p>j) zmniejszenie liczby ciężkich rzutów choroby definiowane jako co najmniej jedna nowa ocena A lub co najmniej dwie nowe oceny B w skali BILAG-2004 w odniesieniu do okresu 12 miesięcy poprzedzających leczenie w programie;</p> <p>2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</p> <p>4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> <p><b>4. Kryteria ponownego włączenia do programu</b></p> <p>1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót</p>		
---	--	--

<p>aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;</p> <p>2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;</p> <p>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.</p>		
---	--	--

Załącznik B.151.

**LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH) (ICD-10: E.83.3)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie hipofosfatemii sprzężonej z chromosomem X (XLH) potwierdzone obecnością mutacji w genie PHEX u chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X;</li> <li>2) dzieci w wieku <math>\geq 1</math> r.ż. oraz młodzież, u której nie nastąpiło zamknięcie płytki wzrostowej (chrząstki nasadowej);</li> <li>3) radiologicznie potwierdzona choroba kości (RSS <math>\geq 2</math>);</li> <li>4) stężenie fosforanów w surowicy na czczo poniżej zakresu prawidłowego, odpowiedniego dla wieku (dotyczy pacjentów nieleczonych <i>burosumabem</i>);</li> <li>5) przerwanie stosowania doustnych fosforanów i aktywnych analogów witaminy D na 1 tydzień przed rozpoczęciem leczenia <i>burosumabem</i>;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie leków w programie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Zalecana początkowa dawka <i>burosumabu</i> wynosi <b>0,8mg/kg</b> masy ciała (dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wielokrotności 10 mg) podawana co 2 tygodnie.</p> <p>Dawka maksymalna wynosi <b>90 mg</b>.</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dostępny w dokumentacji medycznej wynik potwierdzający obecność mutacji w genie PHEX chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X;</li> <li>2) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy;</li> <li>3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy;</li> <li>4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy;</li> <li>5) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy;</li> <li>6) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy;</li> <li>7) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu;</li> <li>8) oznaczenie stężenia wapnia w moczu;</li> <li>9) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu</li> <li>10) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR;</li> <li>11) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina;</li> <li>12) badanie RTG kośćca;</li> <li>13) badanie USG nerek;</li> <li>14) ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p>



<p>6) wykluczenie ciężkiego zaburzenia czynności nerek lub schyłkowej niewydolności nerek;</p> <p>7) brak przeciwwskazań do terapii określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>8) poziom wapnia w surowicy zgodnie z normami skorygowanymi względem wieku;</p> <p>9) wykluczenie nadczynności przytarczyc.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) ukończenie przez chorego 18 r.ż.;</p> <p>2) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności</p>	<p>1) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy;</p> <p>2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy;</p> <p>3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy;</p> <p>4) oznaczenie stężenia fosfatazy alkalicznej w surowicy;</p> <p>5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy;</p> <p>6) oznaczenie stężenia fosforanów w moczu;</p> <p>7) oznaczenie stężenia wapnia w moczu;</p> <p>8) oznaczenie stężenia kreatyniny w moczu;</p> <p>9) oznaczenie wartości wskaźnika TmP/GFR;</p> <p>10) oznaczenie wartości wskaźnika Ca/kreatynina;</p> <p>11) badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków w celu oceny ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS;</p> <p>12) badanie USG nerek.</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>1) co 2 tygodnie w przypadku fosforanów w ciągu pierwszego miesiąca (po okresie miesiąca leczenia co 4 tygodnie przez kolejne 2 miesiące, a następnie wg potrzeb);</p> <p>2) co 6 miesięcy w przypadku pozostałych badań (z wyłączeniem badania RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków, USG nerek);</p> <p>3) co 3 miesiące w przypadku fosfatazy alkalicznej w surowicy;</p> <p>4) w przypadku wskazań klinicznych wg potrzeb.</p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.</p> <p>Dane gromadzone są w systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który</p>
---	--

<p>leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych co 6 miesięcy leczenia:</p> <p>a) brak normalizacji stężenia fosforanów w dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia fosforanów &lt;30% w stosunku do wartości początkowych (w warunkach, w których osiągnięto maksymalną zalecaną dawkę)</p> <p>oraz</p> <p>brak normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub podwyższenie stężenia TmP/GFR o &lt;30% w stosunku do wartości początkowych,</p> <p>b) brak dynamiki (trendu) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach lub dwukrotne podwyższenie granicy normy poziomu ALP w stosunku do wartości początkowych (z wyłączeniem sytuacji, które fizjologicznie lub patologicznie podwyższają poziom ALP);</p> <p>3) brak skuteczności ocenianej przez Zespół Koordynacyjny zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie jednego z następujących kryteriów ocenianych w 12-tym miesiącu leczenia:</p> <p>a) brak poprawy całkowitego wyniku RSS o <math>\geq 0,5</math> pkt. w 12 mies. względem wartości początkowych (momentu rozpoczęcia leczenia),</p> <p>b) brak utrzymania wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia;</p> <p>4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p>		<p>podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa</b></p> <p>Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) normalizacja stężenia fosforanów przy dwóch kolejnych oznaczeniach;</li><li>2) normalizacji stężenia TmP/GFR przy dwóch kolejnych oznaczeniach;</li><li>3) dynamika (trend) normalizacji poziomu fosfatazy alkalicznej (ALP) przy dwóch kolejnych oznaczeniach;</li><li>4) poprawa całkowitego wyniku RSS względem wartości początkowych;</li><li>5) utrzymanie wyniku RSS osiągniętego w czasie 12 mies. leczenia.</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej</li></ol>
---	--	--

<p>5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego;</p> <p>6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;</p> <p>7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>8) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.</p>		lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	--

Załącznik B.152.FM.

## LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCĄ RODZINNĄ CHOLESTAZĄ WEWNĄTRZWĄTROBOWĄ (PFIC) (ICD-10: K76.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <p>1) <i>odewiksybat</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kliniczne rozpoznanie PFIC typu 1 lub PFIC typu 2;</li> <li>2) wiek 6 m.ż. i powyżej;</li> <li>3) potwierdzenie genetyczne PFIC-1 (w genie <i>ATP8B1</i>) lub PFIC-2 (w genie <i>ABCB11</i>);</li> <li>4) masa ciała powyżej 5 kg;</li> <li>5) podwyższone stężenie kwasów żółciowych w surowicy (s-BA) (<math>\geq 100 \mu\text{mol/l}</math>);</li> <li>6) w wywiadzie uporczywy świąd tj. wynik w skali ObsRO <math>\geq 2</math> w ciągu 2 tygodni przed włączeniem do programu;</li> <li>7) nieskuteczność kwasu ursodeoksycholowego oraz brak odpowiedzi na jeden z leków stosowanych w leczeniu świądu u pacjentów z chorobami cholestatycznymi (żywice jonowymienne, fibraty, ryfampicyna, naltrekson);</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie <i>odewiksybatu</i> w programie i modyfikacja leczenia – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p>Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu PFIC.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena parametrów czynności wątroby: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids),</li> <li>b) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT),</li> <li>c) aminotransferaza alaninowa (AIAT),</li> <li>d) gamma-glutamylotransferaza (GGTP),</li> <li>e) fosfataza alkaliczna (ALP),</li> <li>f) alfa-fetoproteina (AFP)</li> <li>g) bilirubina całkowita;</li> </ol> </li> <li>2) ocena stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E;</li> <li>3) ocena międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR);</li> <li>4) badania obrazowe wątroby wg decyzji lekarza prowadzącego;</li> <li>5) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4;</li> <li>6) potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie <i>ATP8B</i> lub PFIC-2 w genie <i>ABCB11</i>.</li> </ol>

8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy pacjentów w wieku prokreacyjnym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu

- 1) patologiczne zmiany genu ABCB11, które przewidują całkowity brak funkcji BSEP;
- 2) obecność lub występujące w przeszłości inne rodzaje chorób wątroby, w tym między innymi:
  - a) atrezja dróg żółciowych wszelkiego rodzaju,
  - b) łagodna nawracająca cholestaza wewnątrzwątrobową, na którą wskazuje jakikolwiek wywiad z prawidłowymi SBA,
  - c) podejrzenie lub potwierdzony w badaniach obrazowych rak wątroby lub przerzuty do wątroby,
  - d) histopatologia w biopsji wątroby, która sugeruje alternatywną etiologię cholestazy niezwiązaną z PFIC;
- 3) trwająca lub w historii choroby obecność jakiegokolwiek innej choroby lub stanu, który zakłóca wchłanianie, dystrybucję, metabolizm (w szczególności metabolizm kwasów żółciowych) lub wydalanie leków w jelicie, w tym między innymi nieswoiste zapalenie jelit;

## 2. Monitorowanie leczenia i bezpieczeństwa

- 1) zaburzenia czynności wątroby:
  - a) okresowe badania czynności wątroby wykonywane co 3 miesiące u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby, w tym:
    - stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids),
    - aminotransferaza asparaginianowa (AspAT),
    - aminotransferaza alaninowa (AIAT),
    - gamma-glutamylotransferaza (GGTP),
    - fosfataza alkaliczna (ALP),
    - bilirubina całkowita,
    - inne badanie w razie wskazań klinicznych;
- 2) biegunka:
  - a) regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u pacjentów, u których występuje biegunka;
- 3) ciąża:
  - a) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
- 4) ocena witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:
  - a) kontrolowanie stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.

## 3. Ocena skuteczności leczenia

Skuteczność leczenia *odewiksybatem* oceniana jest na podstawie:

- 1) stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi – za skuteczne uznaje się leczenie jeśli nastąpi zmniejszenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy o co najmniej 70% względem wartości początkowych lub osiągnięcie stężenia  $\leq 70 \mu\text{mol/l}$  (28,6  $\mu\text{g/ml}$ );

<p>4) trwająca lub przebyta w historii choroby przewlekła (tj. &gt;3 miesiące) biegunka wymagająca podania płynów dożylnych lub interwencji żywieniowej w celu leczenia biegunki lub jej następstw;</p> <p>5) przebycie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD), który okazał się skuteczny.</p> <p>Ocenę skuteczności zabiegu chirurgicznego powinno się wykonać nie wcześniej niż 4-6 tygodni od zabiegu. W przypadku potwierdzenia nieskuteczności zabiegu chirurgicznego (bez określania kryterium czasu) – możliwe jest zastosowanie leczenia <i>odewiksybatem</i> w zależności od indywidualnej oceny lekarza;</p> <p>6) wcześniejszy przeszczep wątroby lub przeszczep wątroby zaplanowany w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia;</p> <p>7) niewyrównana choroba wątroby, koagulopatia, wywiad lub obecność klinicznie istotnego wodobrzusza, krwotoku żylakowego lub encefalopatii;</p> <p>8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) &gt;1,4;</p> <p>9) stężenie AlAT w surowicy &gt;10 × górna granica normy (GGN) w badaniu wstępnym;</p> <p>10) stężenie AlAT w surowicy &gt;15 × GGN w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 6 miesięcy;</p> <p>11) całkowita bilirubina &gt;10 × GGN w badaniu wstępnym.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu Świadczeniobiorcy z programu.</p>		<p>2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora (ObsRO) – za skuteczne uznaje się leczenie wówczas gdy ocena świądu stanowi wynik <math>\leq 1</math> lub poprawa o co najmniej 1 punkt względem stanu wyjściowego (oceny świądu przeprowadzane są rano i wieczorem, stosując 5-punktową skalę Albireo ObsRO (0–4));</p> <p>3) oceny konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby - za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie jest konieczne wykonanie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby;</p> <p>4) oceny progresji w zakresie zwłóknienia wątroby metodą elastografii lub APRI lub FIB-4 – za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie dochodzi do progresji zwłóknienia w ocenie lekarza prowadzącego mającego doświadczenie w leczeniu PFIC.</p> <p>Określenie stopnia zwłóknienia wątroby powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Powyższe badania laboratoryjne i obrazowe wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia <i>odewiksybatem</i> wykonuje się w 3 oraz 6 miesiącu od rozpoczęcia terapii, a następnie co 3 miesiące.</p> <p>Odpowiedź kliniczna na leczenie <i>odewiksybatem</i>, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1-2, przy jednoczesnym spełnieniu łącznie warunków określonych w punktach 3-4.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p>
--	--	--

<p>Pacjenci, którzy nie wykazują korzyści klinicznych po 6 miesiącach ciągłego leczenia w programie, zgodnie z pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia, zostają z niego wyłączeni.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia;</li><li>2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;</li><li>5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenia kwasów żółciowych w surowicy,</li><li>b) ocena snu oraz jakości snu w skali ObsRO,</li><li>c) zmiany stężenia wyszczególnionych w powyższych pkt. parametrów laboratoryjnych,</li><li>d) konieczność/brak konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego,</li><li>e) ocena stopnia zwłóknienia wątroby;</li></ol></li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li></ol>
---	--	---

Załącznik B.153.

## LECZENIE PACJENTÓW Z NAPADAMI PADACZKOWYMI W PRZEBIEGU ZESPOŁU STWARDNIENIA GUZOWATEGO (ICD-10: G40.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <p>1) <i>kannabidiol</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 2 lata i powyżej;</li> <li>2) rozpoznanie kliniczne zespołu stwardnienia guzowatego, w przypadku braku pełnej kontroli napadów padaczkowych z zastosowaniem aktualnie stosowanych leków przeciwpadaczkowych;</li> <li>3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas);</li> <li>4) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego;</li> <li>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p>Maksymalna dawka <u>kannabidiolu</u> to 12,5 mg/ kg mc. podawana 2 x dobę (25 mg/kg mc./dobę).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li> <li>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.</li> </ol> <p>Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu stwardnienia guzowatego wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1.</b> W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu;</li> <li>b) liczba dni bez napadów;</li> <li>c) najdłuższy czas trwania napadu;</li> <li>d) semiologia napadu;</li> </ol>



<p>6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>7) brak przeciwwskazań do stosowania <i>kannabidiolu</i> zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia <i>kannabidiolem</i>, rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym;</p> <p>2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdym kolejnych 3 miesiącach leczenia <i>kannabidiolem</i> rozumianej jako</p>		<p>e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków w przerywających napadach.</p> <p><b>2.2.</b> Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania <i>kannabidiolu</i> należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li><li>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.</li></ol> <p><b>2.3.</b> Po 4 miesiącach od pierwszego podania <i>kannabidiolu</i> należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności.</p> <p><u>Wskaźniki efektywności:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia <i>kannabidiolem</i>;</li><li>b) liczba dni bez napadów;</li><li>c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza;</li><li>d) działania niepożądane.</li></ol> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy;</li><li>– ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące.</li></ul>
---	--	---

<p>nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka;</li><li>4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 3.1. lub 3.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu);</li><li>5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;</li><li>6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;</li><li>8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;</li><li>9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</li></ol>		<p>W przypadku zmiany dawki <i>kannabidiolu</i> powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li><li>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.3.;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</li></ol>
--	--	---

Załącznik B.154.FM.

**LECZENIE PACJENTÓW Z ZESPOŁEM LENNOXA-GASTAUTA LUB Z ZESPOŁEM DRAVET (ICD-10: G40.4)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <p>1) <i>kannabidiol</i>,</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek 2 lata i powyżej;</p> <p>2) rozpoznanie kliniczne zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet, w którym napady padaczkowe nie są w pełni kontrolowane przez aktualnie stosowane leki przeciwpadaczkowe;</p> <p>3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas);</p> <p>4) obecna terapia przeciwpadaczkowa prowadzona z użyciem <i>klobazamu</i> lub równoczesne rozpoczęcie terapii <i>klobazamem</i> w momencie włączenia do programu;</p> <p>5) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych w okresie co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego;</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p><u>Kannabidiol</u> jest wskazany do stosowania w leczeniu napadów padaczkowych związanych z zespołem Lennox-Gastauta (LGS) lub z zespołem Dravet (DS) jako lek wspomagający w skojarzeniu z <i>klobazamem</i>.</p> <p>Maksymalna dawka <u>kannabidiolu</u> to 10 mg/kg mc. podawana 2 x dobę (20 mg/kg mc./dobę).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</p> <p>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.</p> <p>Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1.</b> W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów:</p> <p>a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu;</p> <p>b) liczba dni bez napadów;</p> <p>c) najdłuższy czas trwania napadu;</p> <p>d) semiologia napadu;</p>

<p>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania <i>kannabidiolu</i> oraz <i>klobazamu</i> zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia <i>kannabidiolem</i>, rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym;</p> <p>2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdym kolejnych 3 miesiącach leczenia <i>kannabidiolem</i> rozumianej jako</p>		<p>e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad.</p> <p><b>2.2.</b> Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania <i>kannabidiolu</i> należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li><li>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.</li></ol> <p><b>2.3.</b> Po 4 miesiącach od pierwszego podania <i>kannabidiolu</i> należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności.</p> <p><u>Wskaźniki efektywności:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia <i>kannabidiolem</i>;</li><li>b) liczba dni bez napadów;</li><li>c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza;</li><li>d) działania niepożądane.</li></ol> <p>Jeżeli terapia jest kontynuowana:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy;</li><li>– ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące.</li></ul>
---	--	--

<p>nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka;</li><li>4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 3.1. lub 3.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu);</li><li>5) zakończenie stosowania <i>klobazamu</i>;</li><li>6) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;</li><li>7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</li><li>8) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;</li><li>9) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;</li><li>10) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</li><li>11) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</li></ol>		<p>W przypadku zmiany dawki <i>kannabidiolu</i> powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li><li>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej.</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.3.;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</li></ol>
---	--	---

Załącznik B.155.

## LECZENIE CHORYCH Z NERWIAKOWŁÓKNIAKAMI SPLOTOWATYMI W PRZEBIEGU NEUROFIBROMATOZY TYPU 1 (NF1) (ICD-10: Q85.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu prowadzona jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nerwiakowłókniaków Splotowatych u Chorych z Neurofibromatozą Typu 1 (NF1), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <p>1) <i>selumetynib</i>;</p> <p><u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek: <math>\geq 3</math> i <math>\leq 18</math> r.ż.;</p> <p>2) powierzchnia ciała <math>\geq 0,55\text{m}^2</math>;</p> <p>3) zdolność do połykania całych kapsułek bez niszczenia ich otoczki i wysypywania zawartości;</p> <p>4) potwierdzone klinicznie lub molekularnie rozpoznanie NF-1 zgodnie z najnowszymi kryteriami konferencji konsensusu NIH-88;</p> <p>5) objawowy tj. powodujący istotne objawy kliniczne wymagające interwencji medycznej lub zagrożenie dla zdrowia lub życia, nieoperacyjny nerwiakowłókniak splotowaty (PN) co najmniej 3 cm w jednym wymiarze, którego nie można całkowicie usunąć chirurgicznie bez ryzyka znacznych powikłań z powodu</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka <i>selumetynibu</i> wynosi <math>25\text{mg}/\text{m}^2</math> powierzchni ciała, przyjmowana doustnie dwa razy na dobę (co około 12 godzin).</p> <p>Dawka jest ustalana indywidualnie na podstawie powierzchni ciała (<math>\text{mg}/\text{m}^2</math>) i zaokrąglana do najbliższej dostępnej wartości dawki 5 mg lub 10 mg (do maksymalnej pojedynczej dawki 50 mg).</p> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Każdy cykl leczenia trwa 28 dni.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</p> <p>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej;</p> <p>3) oznaczenie stężenia albuminy;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>5) ocena aktywności kinazy fosfokreatynowej;</p> <p>6) oznaczenie stężenia kreatyniny;</p> <p>7) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</p> <p>8) ocena koagulogramu;</p> <p>9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</p> <p>10) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF):</p> <p>a) wywiad w kierunku występowania zaburzeń czynności lewej komory serca u pacjentów z początkową wartością LVEF poniżej dolnej granicy normy (DGN);</p> <p>b) echokardiografia – ocena LVEF (przed rozpoczęciem leczenia LVEF powinna być wyższa niż DGN);</p> <p>11) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR (wynik nie starszy niż dwa miesiące);</p> <p>12) szczegółowe badanie okulistyczne z wykluczeniem obecnej lub przebytej w przeszłości retinopatii surowiczej środkowej,</p>

<p>lokalizacji lub bezpośredniego sąsiedztwa ważnych życiowo struktur anatomicznych, inwazyjności lub bogatego unaczynienia, powodującego określone ryzyko chirurgiczne zabiegu.</p> <p>Świadczeniobiorca, który przeszedł resekcję PN może kwalifikować się do leczenia pod warunkiem, że PN nie został całkowicie wycięty i możliwa jest jego ocena wolumetryczna za pomocą badania rezonansu magnetycznego;</p> <p>6) stan sprawności:</p> <p>a) dorośli i dzieci w wieku co najmniej 16 lat stan sprawności co najmniej 70% w skali Karnofsky'ego,</p> <p>b) dzieci w wieku poniżej 16 r.ż. co najmniej 70% w skali Lansky'ego;</p> <p>7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);</p> <p>8) nieobecność istotnych stanów i schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego, w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>9) brak trwającej terapii przeciwnowotworowej niezależnie od przyczyny, w tym zawłaszcza: radioterapii, chemioterapii, terapii hormonalnej, przeciwnowotworowej immunoterapii lub terapii biologicznej;</p> <p>10) nieobecność transformacji złośliwej PN do złośliwego guza osłonek nerwów obwodowych (MPNST), w PN o radiologicznych lub klinicznych cechach pobudzenia (tzw. Atypowe PN) na podstawie biopsji i badania histopatologicznego;</p> <p>11) brak zmian patologicznych w dokładnym badaniu okulistycznym sugerujących odwarstwienie nabłonka</p>		<p>obecnej lub przebytej w przeszłości niedrożności żyły siatkówkowej oraz oceną ciśnienia śródgałkowego (IOP) i wykluczeniem niekontrolowanej jaskry;</p> <p>13) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała;</p> <p>14) ocena ryzyka zadławienia kapsułką i zaburzeń połykania.</p> <p><b>2. Monitorowanie</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie leczenia pacjentów</b></p> <p>1) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR;</p> <p>2) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała (w celu dostosowania dawki leku);</p> <p>3) echokardiografia - ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);</p> <p>4) ocena okulistyczna;</p> <p>5) badania laboratoryjne dotyczące wątroby:</p> <p>a) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej,</p> <p>b) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej,</p> <p>c) oznaczenie stężenia albuminy,</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>6) ocena zmian skórnych i zaburzeń tkanki podskórnej;</p> <p>7) ocena krzepliwości (w tym INR lub czas protrombinowy).</p> <p>Badania wykonuje się:</p> <p>1) nie rzadziej niż co 4 cykle leczenia w przypadku pacjentów przebywających w programie lekowym do 2 lat;</p> <p>2) nie rzadziej niż co 6 cykli leczenia w przypadku pacjentów przebywających w programie lekowym powyżej 2 lat;</p>
--	--	--

barwnikowego siatkówki (ang. retinal pigment epithelial detachment, RPED) lub centralną surowiczą retinopatię (ang. central serous retinopathy, CSR) ze zmniejszoną ostrością widzenia oraz jaskrę (nie wlicza się w to zaburzeń widzenia związanych z powikłaniami rozwoju typowych dla NF1 glejaków nerwów wzrokowych lub PN oczodołu);

12) upływanie co najmniej:

- a) 4 tygodni od ewentualnego leczenia farmakologicznego z powodu PN oraz ustąpienie wszystkich ostrych działań niepożądanych,
- b) upływanie co najmniej 6 tygodni od zastosowanej radioterapii,
- c) upływanie co najmniej 4 tygodni od zabiegu chirurgicznego;

13) brak przeciwwskazań do stosowania *selumetynibu*;

14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

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

W związku z bezpieczeństwem stosowania leczenie może zostać czasowo wstrzymane zgodnie z zapisami aktualnej ChPL.

Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie

3) każdorazowo w przypadku wskazań klinicznych albo wyłączenia pacjenta z programu.

## 2.2. Monitorowanie skuteczności terapii

Na podstawie wyników oceny wolumetrycznej PN w badaniu MR określa się dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- 1) całkowitą odpowiedź (CR) rozumianą jako brak obecności wybranego do oceny PN;
- 2) odpowiedź częściową (PR) rozumianą jako zmniejszenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową. PR uznaje się za niepotwierdzony przy pierwszym wykryciu, potwierdzony po ponownym zaobserwowaniu w kolejnym wolumetrycznym MR;
- 3) chorobę stabilną (SD) rozumianą jako niewystarczającą zmianę objętości wybranego do oceny leczenia PN w stosunku do wartości wyjściowej, aby kwalifikować się do PR lub progresji choroby;
- 4) progresję choroby (PD) rozumianą jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR;
- 5) jakość życia wg kwestionariusza PedsQL;
- 6) ocena nasilenia bólu wg NRS-11 (ang. Numerical Rating Scale) oraz PII (ang. Pain Interference Index).

Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny,



pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2.2 Monitorowanie skuteczności terapii.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak korzyści klinicznych lub progresja choroby, rozumiana jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *selumetynib* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL;
- 4) klinicznie istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub utrzymujący się stan sprawności:
  - a) niższy niż 70% według skali Karnofsky'ego w przypadku dorosłych i dzieci mających co najmniej 16 lat,
  - b) niższy niż 70% według skali Lansky'ego w przypadku dzieci poniżej 16 lat;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *selumetynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku, określając przy tym:

- 1) czas do progresji (PFS);
- 2) całkowity odsetek odpowiedzi w programie lekowym (ORR);
- 3) wskaźnik wzrostu PN (ang. PN growth rate).

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników wymienionych w pkt. 2.2., z częstotliwością zgodną z opisem programu;
- 3) kliniczne przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

Załącznik B.156.

**LECZENIE CHORYCH Z ZAPALENIEM NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH Z POLIPAMI NOSA (ICD-10: J32, J33)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W ramach programu lekowego udostępnia się terapie:</p> <p>1) <i>dupilumabem</i>,</p> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq 18</math> lat;</li> <li>2) potwierdzone zapalenie typu 2: tkankowa eozynofilia <math>\geq 10</math>/wpw lub eozynofilia we krwi <math>\geq 150</math>, lub IgE całkowite <math>\geq 100</math>;</li> <li>3) ciężkie przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) obustronne polipy nosa (potwierdzone badaniem endoskopowym) – wynik w skali NPS <math>\geq 5</math>,</li> <li>b) wynik w skali SNOT-22 <math>\geq 40</math>;</li> </ol> </li> <li>4) brak kontroli choroby stwierdzonej przez lekarza prowadzącego mimo stosowania kortykosteroidów ogólnoustrojowych lub przeciwwskazania do ich zastosowania (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023);</li> <li>5) co najmniej 2 zabiegi chirurgiczne zatok przynosowych z otwarciem co najmniej 3 zatok w tym sitowia tylnego (zatoki sitowej tylnej) udokumentowane w wywiadzie (ostatni zabieg wykonany co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna dupilumabu u dorosłych pacjentów to podanie 300 mg.</p> <p>Następnie dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 300 mg co dwa tygodnie.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania</b></p> <p>Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p><b>3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych</b></p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie tomografii komputerowej zatok wykonane maksymalnie na 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego;</li> <li>2) ocena wielkości polipów nosa w skali NPS w badaniu endoskopowym (aktualny wynik- ważności badania maksymalnie 4 tygodnie);</li> <li>3) ocena jakości życia przy wykorzystaniu testu SNOT-22;</li> <li>4) pomiar eozynofili tkankowej lub eozynofili we krwi lub całkowitego stężenia IgE (aktualne wyniki- ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);</li> <li>5) morfologia krwi i badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li> <li>b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,</li> <li>c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li> <li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> </ol> </li> </ol>

<p>programu) lub przeciwwskazania do operacji zgodnymi z obowiązującymi przeciwwskazaniami do zabiegu chirurgicznego w PZZPzPN (kwestionariuszem kwalifikacji do zabiegu);</p> <p>6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);</p> <p>7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Czas leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.</p>	<p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>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</p> <p>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię zapalenia nosa i zatok przynosowych danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.</p>	<p>6) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>7) ocena nasilenia objawów w skali NPS (w oparciu o wyniki badania endoskopowego) oraz SNOT-22;</p> <p>8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych;</p> <p>9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>Po 24 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej, a następnie po 4 miesiącach należy wykonać:</b></p> <p>1) morfologię krwi i badania biochemiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,</li><li>b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,</li><li>c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),</li><li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),</li><li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li></ul> <p>2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</p> <p>3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS,</li><li>b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,</li><li>c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22,</li></ul>
---	---	--

**3. Kryteria wyłączenia**

- 1) brak skuteczności, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta, rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z kryteriów:
  - obniżenie wyniku w skali NPS o  $\geq 1$  pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem),
  - obniżenie wyniku w skali SNOT-22 o  $\geq 8,9$  pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem),
  - redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
  - zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;

**3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa**

Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 4 miesiące:

- 1) morfologię krwi i badania biochemiczne:
  - a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
  - b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,
  - c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
  - d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
  - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA 2023) wg:
  - a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym,
  - b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
  - c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22,
  - d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej

		<p>sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---



Załącznik B.157.

**LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII (G.70.0)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>rytuksymab</i>,</li> <li>2) <i>efgartigimod alfa</i>,</li> </ol> <p>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek: 18 lat i powyżej;</li> <li>2) rozpoznanie miastonii uogólnionej (myasthenia gravis, MG), według Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA): klasa II, III lub IV;</li> <li>3) całkowity wynik w skali MG-działania życia codziennego (MG-ADL) <math>\geq 5</math>; minimum 50% uzyskanych punktów z objawów pozaoocznych;</li> <li>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;</li> <li>5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</li> <li>6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;</li> </ol>	<p>Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.</p> <p><b>1. Dawkowanie rytuksymabu</b></p> <p><u>Leczenie inicjujące:</u></p> <p>Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 375 mg/m<sup>2</sup> pow. ciała podawana co tydzień przez 4 kolejne tygodnie,</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) dwie dawki po 1 g w odstępie 2 tygodni.</li> </ol> <p><u>Leczenie podtrzymujące:</u></p> <p>Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 375 mg/m<sup>2</sup> pow. ciała,</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) 500 mg.</li> </ol> <p>podawane w odstępach minimum 6 miesięcy.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wraz z określeniem wartości w punkcie początkowym;</li> <li>2) w przypadku braku wcześniejszego wyniku oznaczenie statusu serologicznego miastonii;</li> <li>3) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM;</li> <li>4) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li> <li>5) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>6) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>7) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> </ol> <p><u>dotyczy terapii rytuksymabem:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20;</li> <li>9) badanie CRP;</li> <li>10) test na obecność HBsAg;</li> <li>11) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV;</li> <li>12) badanie ogólne moczu;</li> <li>13) test ciążowy;</li> <li>14) test Quantiferon;</li> </ol>

<p><b>1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii rytuksymabem</b></p> <p>1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR, ARAB)</p> <p>lub dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko białku związanemu z receptorem lipoproteiny o niskiej gęstości 4 (anty-LRP4)</p> <p>lub dodatni wynik przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK)</p> <p>lub w przypadku pacjentów seronegatywnych stwierdzenie zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej wykazane w przeszłości lub obecnie w badaniu metodą elektrostymulacyjnej próby męczliwości (próbie miasteniczej) lub elektromiografii pojedynczego włókna mięśniowego (SFEMG)</p> <p>2) w przypadku pacjentów z uogólnioną miastenią MuSK-dodatnią rytuksymab można zastosować jako opcję terapeutyczną jeśli ich odpowiedź na immunoterapię jest niezadowalająca, tj. odpowiada nasileniu objawów jak w pkt. 1.</p> <p>3) w przypadku pacjentów AChR-dodatnich, LRP4-dodatnich lub seronegatywnych wysoka aktywność choroby, stwierdzona na podstawie spełnienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>a) u pacjentów w pierwszym roku po zachorowaniu utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (<math>MGFA \geq IIb</math>) pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego,</p> <p>b) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (<math>MGFA \geq IIa</math>) i ciężkie zaostrzenie/przełom miasteniczny w ciągu poprzedniego roku pomimo</p>	<p>W uzasadnionych klinicznie przypadkach możliwe jest zastosowanie dawki inicjującej.</p> <p><b>2. Dawkowanie efgartigimodu alfa</b></p> <p>Zalecana dawka to 10 mg/kg masy ciała w postaci wlewu dożylnego podawanego w cyklach raz w tygodniu przez 4 tygodnie.</p> <p>Kolejny cykl leczenia należy stosować zgodnie z oceną kliniczną. Częstotliwość cykli leczenia może się różnić w zależności od pacjenta przy czym najwcześniejszy czas rozpoczęcia kolejnego cyklu leczenia wynosi 7 tygodni od pierwszego wlewu w poprzednim cyklu.</p>	<p>15) badanie EKG;</p> <p>16) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV, Quantiferon konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1.</b> Każdorazowo przed podaniem rytuksymabu należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM;</li><li>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li><li>3) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>5) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20;</li><li>6) badanie CRP;</li><li>7) test na obecność HBsAg;</li><li>8) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV;</li><li>9) badanie ogólne moczu;</li><li>10) test ciążowy;</li><li>11) badanie EKG;</li><li>12) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych.</li></ol> <p>Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wykonuje się co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie co 6 miesięcy.</p> <p><b>2.2.</b> Przed rozpoczęciem cyklu leczenia efgartigimodem alfa należy</p>
---	---	--



<p>odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego,</p> <p>c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA<math>\geq</math>IIa) przez co najmniej 2 poprzednie lata pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego;</p> <p>4) brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>5) u pacjentów seronegatywnych (bez AChRAb, MuSKAb, LRP4Ab) brak podstaw do rozpoznania genetycznie uwarunkowanego wrodzonego zespołu miastennicznego lub zespołu miastennicznego Lamberta-Eatona</p> <p>Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.2. muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia efgartigimodem alfa</b></p> <p>1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR);</p> <p>2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastonii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano poniższe terapie:</p> <p>a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu</p> <p>b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy</p>		<p>wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;</li><li>2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;</li><li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li><li>4) morfologię krwi z rozmazem.</li></ol> <p>Maksymalnie 12 tygodni po rozpoczęciu pierwszego cyklu leczenia konsultacja neurologiczna z oceną konieczności podania drugiego cyklu leczenia.</p> <p>Oceny skuteczności leczenia na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL dokonuje się po drugim i każdym kolejnym cyklu leczenia.</p> <p>Ocenę skuteczności leczenia należy wykonać po co najmniej 8 tygodniach od rozpoczęcia cyklu leczenia jednak nie później niż po 12 tygodniach.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) ocena skuteczności:<ol style="list-style-type: none"><li>a) wskaźniki efektywności:<ul style="list-style-type: none"><li>- zmiana wyniku w skali MG-ADL w stosunku do wartości w punkcie początkowym;</li></ul></li></ol></li><li>2) ocena bezpieczeństwa<ol style="list-style-type: none"><li>a) monitorowanie działań niepożądanych;</li></ol></li><li>3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>4) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą</li></ol>
--	--	---

<p>c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA<math>\geq</math>IIa) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia efgartigimodem</p> <p>lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii,</p> <p>lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>3) brak przeciwwskazań do stosowania efgartigimodu alfa zgodnie z aktualną ChPL.</p> <p>Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.3. muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia efgartigimodem alfa spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu lekowego, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu lekowego określonymi w punkcie 3.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) w przypadku terapii rytuksymabem: brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji</p>		<p>aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:</p> <p>a) wynik w skali MG-ADL w punkcie początkowym,</p> <p>b) wynik w skali MG-ADL podczas oceny skuteczności;</p> <p>5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

<p>całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym oceniane po 6 miesiącach leczenia;</p> <p>2) w przypadku terapii efgartigimodem alfa brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym cyklu leczenia, utrzymującej się przez co najmniej 4 kolejne tygodnie;</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia;</p> <p>4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia;</p> <p>5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia;</p> <p>6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.</p>		
---	--	--

Załącznik B.158.FM.

## LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B i B (ICD-10: E75.241, E75.244)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>W programie finansuje się leczenie olipudazą alfa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Dzieci:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek &lt; 18. roku życia;</li> <li>rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym;</li> <li>objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) <math>\geq 5</math> wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);</li> <li>wzrost Z-score <math>\leq -1</math>;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób podawania, oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).</p> <p><b>Zalecane dawkowanie:</b></p> <p><b>1.1. Dawkę olipudazy alfa</b> ustala się na podstawie rzeczywistej masy ciała u pacjenta ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, ang. Body Mass Index) <math>\leq 30</math> lub optymalnej masy ciała u pacjenta z BMI &gt; 30.</p> <p><b>1.2. Zalecana dawka początkowa olipudazy alfa</b> wynosi 0,1 mg/kg mc. dla dorosłych, a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki:</p> <p>I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,1 mg/kg mc.,            II dawka (Tydzień 2) 0,3 mg/kg mc.,            III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc.,            IV dawka (Tydzień 6) 0,6 mg/kg mc.,            V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc.,            VI dawka (Tydzień 10) 1 mg/kg mc.,</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy;</li> <li>analiza genu SMPD1;</li> <li>badanie poziomu biomarkera Lyso- sphyngomyelin;</li> <li>badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLco) – u pacjentów w wieku <math>\geq 18</math>. roku życia;</li> <li>badanie aktywności chitotriozydazy;</li> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT);</li> <li>oznaczenie czasu protrombinowego (INR);</li> <li>oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i sprzężonej;</li> <li>oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);</li> <li>oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);</li> <li>oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;</li> <li>lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL;</li> <li>badanie USG i MRI jamy brzusznej, z określeniem wielkości śledziony i wątroby;</li> </ol>

<p>5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>6) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD;</p> <p>7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;</p> <p>8) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta;</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Dorośli:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq</math> 18. roku życia;</li> <li>2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sфингомиелиназы, potwierdzone badaniem genetycznym;</li> <li>3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częścią splenektomią) <math>\geq</math> 6 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);</li> <li>4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</li> <li>5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD;</li> <li>6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL;</li> <li>7) zdolność dyfuzyjna płuc dla tlenu węgla (DLco) <math>\leq</math> 70% przewidywanej wartości prawidłowej;</li> </ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających</p>	<p>VII dawka (Tydzień 12) 2 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca).</p> <p><b>1.3. Zalecana dawka początkowa <i>olipudazy alfa</i> dla dzieci i młodzieży wynosi 0,03 mg/kg mc., a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki:</b></p> <p>I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,03 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,1 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,3 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 0,6 mg/kg mc., VII dawka (Tydzień 12) 1 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 2 mg/kg mc., IX dawka (Tydzień 16) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca).</p> <p><b>1.4. Etap leczenia podtrzymującego:</b></p> <p>Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie</p> <p><b>1.5. Pacjenci z BMI &gt; 30:</b></p> <p>U dorosłych oraz dzieci i młodzieży ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) &gt; 30, masa ciała stosowana w celu obliczenia dawki <i>olipudazy alfa</i> jest szacowana na podstawie następującej metody (dla etapu zwiększania dawki i leczenia podtrzymującego). Masa ciała (kg) stosowana do obliczenia dawki = <math>30 \times (\text{wzrost w m})^2</math>.</p>	<p>15) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT;</p> <p>16) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania);</p> <p>17) pomiary antropometryczne (masa i wysokość/długość ciała);</p> <p>18) elektrokardiografia (EKG);</p> <p>19) test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>20) badanie densytometryczne kości (DEXA) – opcjonalnie uzasadnionych przypadkach;</p> <p>21) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich (badanie obowiązkowe jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego);</p> <p>22) konsultacja neurologiczna;</p> <p>23) konsultacja pulmonologiczna (w uzasadnionych przypadkach).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. badania wykonywane co najmniej co 6 miesięcy:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) parametry czynności wątroby (aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), bilirubina całkowita);</li> <li>3) pomiary antropometryczne (masa i wysokość ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); u dorosłych pacjentów tylko masa ciała;</li> <li>4) stosowne do wieku oceny neurologiczne i rozwojowe (u dzieci).</li> </ol> <p><b>2.2. badania wykonywane po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy:</b></p>
---	--	---

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

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą i/lub karmieniem piersią które w momencie wyłączenia nie spełniały pozostałych kryteriów wyłączenia.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3.

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

## 3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako: brak zmniejszenia objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% w porównaniu z wielkością narządu ocenioną na wizycie kwalifikującej do leczenia (stwierdzone w badaniu MRI) w okresie pierwszych 12 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych – zmniejszenie objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% względem wartości określonej przy kwalifikacji pacjenta, musi być potwierdzone na każdej kolejnej wizycie monitorującej leczenie tj. co 6 miesięcy po pierwszych 12 miesiącach leczenia;
- 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;
- 3) wystąpienie objawów ciężkiej nadwrażliwości na lek;

1) badanie MRI i USG jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby - badania obligatoryjne po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy terapii – USG obligatoryjne, natomiast MRI w przypadku stwierdzenia zwiększenia objętości śledziony lub wątroby w badaniu USG sugerujące możliwość spełnienia kryterium wyłączenia pkt. 1;

2) badanie poziomu biomarkera Lyso-sphingomyelin;

3) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL;

4) elektrokardiografia (EKG);

5) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT – w uzasadnionych przypadkach;

6) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania) - w uzasadnionych przypadkach;

7) badanie densytometryczne kości (DXA) – w uzasadnionych przypadkach;

8) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich - w uzasadnionych przypadkach;

9) konsultacja neurologiczna;

10) konsultacja pulmonologiczna - w uzasadnionych przypadkach;

11) konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach.

## 3. Ocena skuteczności leczenia:

### 3.1. Wskaźniki efektywności leczenia:

- a) zmiana objętości śledziony i wątroby (w MRI oraz USG i w % ),

<p>4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;</p> <p>5) okres ciąży i karmienie piersią;</p> <p>6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.</p>		<p>b) poprawa obrazu płuc w RTG lub HRCT – jeśli dotyczy,</p> <p><b>3.2. Oczekiwane korzyści zdrowotne (wartości dla wskaźników w efektywności:</b></p> <p>a) zmniejszenie objętości wątroby i śledziony u pacjentów leczonych olipudazą alfa,</p> <p>b) zmniejszenie objawu „mlecznego szkła” i zmniejszenie wynikuILD – jeśli dotyczy.</p> <p>Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.</p> <p>Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punktach 3.1. oraz 3.2.;</p> <p>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.</p>
---	--	--

---

--	--	--



Załącznik B. 159.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA SZYJKI MACICY (ICD-10: C53)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie pacjentek na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy przy wykorzystaniu substancji czynnej pembrolizumab.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>rozpoznanie histologiczne raka gruczołowego lub gruczołowo-płaskonabłonkowego lub płaskonabłonkowego;</li> <li>przetrwały, nawrotowy lub przerzutowy rak szyjki macicy u pacjentek niepoddanych wcześniej chemioterapii ogólnoustrojowej (za wyjątkiem zastosowania jej równocześnie jako środka uwrażliwiającego na promieniowanie jonizujące) i niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;</li> <li>potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) <math>\geq 1</math>, oznaczona zvalidowanym testem;</li> <li>możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;</li> <li>wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>stan sprawności 0-1 według skali ECOG;</li> <li>nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Pembrolizumab</b></p> <p>Pembrolizumab stosowany w skojarzeniu z paklitakselem i cisplatyną lub z paklitakselem i karboplatyną, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu</p> <p>Zalecana dawka pembrolizumabu:</p> <p>200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni.</p> <p>Chemioterapia:</p> <p>paklitaksel w dawce 175 mg/m<sup>2</sup> pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m<sup>2</sup> pc.</p> <p>albo</p> <p>paklitaksel w dawce 175 mg/m<sup>2</sup> pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m<sup>2</sup> pc.+ bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc.,</p> <p>albo</p> <p>paklitaksel w dawce 175 mg/m<sup>2</sup> pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min.,</p> <p>albo</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>histologiczne potwierdzenie określonego typu raka szyjki macicy;</li> <li>potwierdzenie zvalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score);</li> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;</li> <li>oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</li> <li>oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem);</li> <li>oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny lub czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem);</li> <li>oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;</li> <li>badanie ogólne moczu;</li> <li>test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>elektrokardiogram (EKG);</li> <li>pomiar ciśnienia tętniczego;</li> </ol>

<p>8) nieobecność objawowych przerzutów do OUN;</p> <p>9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);</p> <p>11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;</p> <p>12) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL;</p> <p>13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki, które były leczone pembrolizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniały kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na pembrolizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p>	<p>paklitaksel w dawce 175 mg/m<sup>2</sup> pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min + bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawkowania leków</b></p> <p>Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>15) badanie obrazowe (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej);</p> <p>16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny;</p> <p>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej;</p> <p>6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewczyzumabem);</p> <p>7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewczyzumabem);</p> <p>8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4;</p> <p>9) badanie ogólne moczu;</p> <p>10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie skuteczności</b></p>
--	--	---

- 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, w sytuacji wątpliwej, a gdy stan pacjentki jest stabilny klinicznie, możliwe jest kontynuowanie leczenia, aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tygodni;
- 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG;
- 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne w zależności od sytuacji klinicznej.

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym:

- a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie,
- b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD),
- c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

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











## C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Abirateroni acetat	Abiral, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901720140555	<1>2023-01-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
2	Abirateroni acetat	Abiraterone Accord, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05055565780886	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
3	Abirateroni acetat	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powł., 250 mg	120 szt.	09008732014020	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateroni acetat	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	09008732014037	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
5	Abirateroni acetat	Abiraterone Glenmark, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991472276	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
6	Abirateroni acetat	Abiraterone Krka, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	03838989746711	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
7	Abirateroni acetat	Abiraterone Pharmascience, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991485764	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
8	Abirateroni acetat	Abiraterone Richter, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991484651	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3150,00	3402,00	3606,12	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
10	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05907626709865	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
11	Abirateroni acetat	Abiraterone STADA, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991474102	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
12	Abirateroni acetat	Abiraterone Vipham, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901812162175	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
13	Abirateroni acetat	Grumabix, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05900411008624	2023-03-01	2 lata	1121.0, Octan abirateronu	2900,00	3132,00	3319,92	3319,92	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
14	Abirateronum	Abiraterone Zentiva, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991469986	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	3208,00	3464,64	3672,52	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
15	Abirateronum	Zytiga, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991307080	<1>2022-09-01/<2>2023-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1121.0, Octan abirateronu	9300,00	10044,00	10646,64	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
16	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fioł.po 4 ml	05909990648818	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	59,80	64,58	68,46	68,46	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
17	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fioł.po 9 ml	05909990648825	2022-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	134,55	145,31	154,03	154,03	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
18	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fioł.po 100 ml	05909991228392	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniiany - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
19	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fioł.	05055565711958	<1>2022-01-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniiany - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
20	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	<1>2022-01-01/<2>2024-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok	1117.0, bisfosfoniiany - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
21	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fioł.po 5 ml	05208063003388	2023-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniiany - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
22	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fioł.po 5 ml	05909990948994	<1>2021-07-01/<2>2023-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniany - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
23	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	500,00	540,00	572,40	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
24	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991359867	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1000,00	1080,00	1144,80	915,84	C.72.	bezpłatny	0 zł
25	Anagrelidum	Anagrelide Bluefish, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991422929	2021-09-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	220,00	237,60	251,86	251,86	C.72.	bezpłatny	0 zł
26	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	380,00	410,40	435,02	435,02	C.72.	bezpłatny	0 zł
27	Anagrelidum	Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991362140	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
28	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991355135	2022-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	449,00	484,92	514,02	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
29	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2021-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	510,00	550,80	583,85	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
30	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991354503	2021-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1020,00	1101,60	1167,70	915,84	C.72.	bezpłatny	0 zł
31	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps., 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2022-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	450,00	486,00	515,16	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
32	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
33	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
34	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	85,00	91,80	97,31	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
35	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	55,00	59,40	62,96	62,96	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
36	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	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
37	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fioł.	05055565763643	<1>2023-11-01/<2>2022-11-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	6700,00	7236,00	7670,16	7488,90	<1>C.65.b.; <2>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
38	Arsenii trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	10 fiolek po 6 ml	05909991404406	<1><2>2022-03-01/<3>2024-04-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7850,00	8478,00	8986,68	8986,68	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
39	Azacididine	Azacididine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fioł. a 100 mg	05901797710859	<1>2021-05-01/<2>2023-05-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	390,00	421,20	446,47	446,47	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
40	Azaciditinum	Azacididine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fioł. a 100 mg	05055565758359	<1>2023-11-01/<2>2022-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,00	442,80	469,37	469,37	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
41	Azaciditinum	Azacididine Betapharm, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fioł. a 100 mg	04251556500117	<1>2023-09-01; <2>2024-04-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
42	Azaciditinum	Azacididine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fioł. a 100 mg	05909991452001	<1>2021-07-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	391,00	422,28	447,62	447,62	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
43	Azacitidinum	Azacidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	<1>2021-07-01/<2>2023-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	578,00	624,24	661,69	661,69	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
44	Azacitidinum	Azacidine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	<1>2021-11-01/<2>2023-11-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	478,00	516,24	547,21	469,37	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
45	Azacitidinum	Azacidine 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	380,00	410,40	435,02	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
46	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	380,00	410,40	435,02	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
47	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	1450,00	1566,00	1659,96	1659,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
48	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	362,50	391,50	414,99	414,99	C.67.	bezpłatny	0 zł
49	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2075,00	2241,00	2375,46	1659,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
50	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	518,75	560,25	593,87	414,99	C.67.	bezpłatny	0 zł
51	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	776,00	838,08	888,36	888,36	C.67.	bezpłatny	0 zł
52	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	194,00	209,52	222,09	222,09	C.67.	bezpłatny	0 zł
53	Bevacizumabum	AlymSYS, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><3>2021-09-01/<2>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1700,00	1836,00	1946,16	1946,16	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
54	Bevacizumabum	AlymSYS, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2021-09-01/<2><5>2023-09-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	425,00	459,00	486,54	486,54	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
55	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2023-05-01/<2>2022-07-01/<3>2022-05-01/<4>2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1085,00	1171,80	1242,11	486,54	<1>C.82.b.; <2>C.82.c.; <3>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
56	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml	1 fiol.po 16 ml	05909990010493	<1>2023-05-01/<3>2022-05-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	4340,00	4687,20	4968,43	1946,16	<1>C.82.b.; <2>C.82.c.; <3>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
57	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08715131021870	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2005,40	2165,83	2295,78	1946,16	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
58	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2022-09-01/<5>2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	501,35	541,46	573,94	486,54	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
59	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05909991451349	<1><3>2022-03-01/<2>2024-04-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	1690,00	1825,20	1934,71	1934,71	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
60	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2022-03-01/<2><5>2024-04-01/<4>2023-01-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	422,50	456,30	483,68	483,68	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
61	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05996537007047	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	1100,00	1188,00	1259,28	1259,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
62	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2023-07-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
63	Bewacizumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05901797710989	<1><3>2021-11-01/<2>2023-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
64	Bewacizumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	<1><3>2021-11-01/<2><5>2023-11-01/<4>2022-11-01	<1><3>3 lata/<2><4><5>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacizumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
65	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2022-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	44,00	47,52	50,37	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
66	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2022-05-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	136,00	146,88	155,69	151,11	C.2.	bezpłatny	0 zł
67	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2022-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	47,50	51,30	54,38	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
68	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	103,40	111,67	118,37	118,37	C.3.	bezpłatny	0 zł
69	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. 6 ml	05055565749142	2023-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	200,00	216,00	228,96	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
70	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05055565779859	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	400,00	432,00	457,92	329,13	C.76.	bezpłatny	0 zł
71	Bortezomibum	Bortezomib Accord, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05055565774137	2023-05-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
72	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2021-09-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	600,00	648,00	686,88	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
73	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05906414000771	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	279,00	301,32	319,40	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
74	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	05900411003193	2023-03-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	329,13	C.76.	bezpłatny	0 zł
75	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05906414000788	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	945,00	1020,60	1081,84	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
76	Bortezomibum	Bortezomib Aurovitas/Bortezomib Eugia, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991451813	2022-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	120,00	129,60	137,38	137,38	C.76.	bezpłatny	0 zł
77	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	04052682057427	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	115,00	124,20	131,65	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
78	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	04052682057434	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	150,00	162,00	171,72	171,72	C.76.	bezpłatny	0 zł
79	Bortezomibum	Bortezomib Fresenius Kabi, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04052682056314	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	182,00	196,56	208,35	208,35	C.76.	bezpłatny	0 zł
80	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05902020241461	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	160,00	172,80	183,17	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł
81	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05902020241478	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
82	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2022-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	180,00	194,40	206,06	206,06	C.76.	bezpłatny	0 zł
83	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2022-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	330,00	356,40	377,78	377,78	C.4.	bezpłatny	0 zł
84	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05907626707564	2023-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	15,00	16,20	17,17	17,12	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
85	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05907626707601	2022-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	150,00	162,00	171,72	171,15	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
86	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05907626707571	2023-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	30,00	32,40	34,34	34,23	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
87	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05907626707595	2022-09-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	75,00	81,00	85,86	85,57	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
88	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	69,00	74,52	78,99	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
89	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	138,00	149,04	157,98	135,66	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
90	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	400,00	432,00	457,92	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
91	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991004736	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	59,25	63,99	67,83	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
92	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991004699	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	395,00	426,60	452,20	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
93	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05902020241720	2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	55,00	59,40	62,96	62,96	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
94	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05902020241737	2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
95	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	80,00	86,40	91,58	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
96	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2022-03-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	533,33	576,00	610,56	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
97	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	238,00	257,04	272,46	272,46	C.6.	bezpłatny	0 zł
98	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	37,00	39,96	42,36	42,36	C.6.	bezpłatny	0 zł
99	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	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
100	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	16,90	18,25	19,34	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
101	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	158,00	170,64	180,88	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
102	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909990450015	2022-09-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	22,80	24,62	26,10	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
103	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	42,50	45,90	48,65	45,22	C.6.	bezpłatny	0 zł
104	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	129,00	139,32	147,68	135,66	C.6.	bezpłatny	0 zł
105	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	173,00	186,84	198,05	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
106	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2024-04-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	42,00	45,36	48,08	45,22	C.6.	bezpłatny	0 zł
107	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2024-04-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	128,50	138,78	147,11	135,66	C.6.	bezpłatny	0 zł
108	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	22,50	24,30	25,76	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
109	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	171,00	184,68	195,76	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
110	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990477425	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	38,80	41,90	44,42	44,42	C.6.	bezpłatny	0 zł
111	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990477432	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
112	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990477418	2022-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	23,00	24,84	26,33	15,07	C.6.	bezpłatny	0 zł
113	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	71,00	76,68	81,28	81,28	C.8.	bezpłatny	0 zł
114	Cyclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2022-01-01	3 lata	1007.0, Cyclosporinum	110,00	118,80	125,93	125,93	C.10.	bezpłatny	0 zł
115	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990958535	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	66,00	71,28	75,56	75,56	C.11.	bezpłatny	0 zł
116	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	8,36	9,03	9,57	7,56	C.11.	bezpłatny	0 zł
117	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	39,00	42,12	44,65	37,78	C.11.	bezpłatny	0 zł
118	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	8,00	8,64	9,18	7,56	C.11.	bezpłatny	0 zł
119	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	58,00	62,64	66,40	66,40	C.11.	bezpłatny	0 zł
120	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	39,00	42,12	44,65	37,78	C.11.	bezpłatny	0 zł
121	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg	1 fiol. po 10 ml	05909990713417	2022-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	703,45	759,73	805,31	805,31	C.12.	bezpłatny	0 zł
122	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	2460,00	2656,80	2816,21	2816,21	C.66.a.; C.66.b.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
123	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol.	05909990241019	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	50,89	54,96	58,26	58,26	C.13.	bezpłatny	0 zł
124	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.	05909990240913	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	13,50	14,58	15,45	11,65	C.13.	bezpłatny	0 zł
125	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażwowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2022-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	67,15	72,52	76,87	76,87	C.13.	bezpłatny	0 zł
126	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	7,80	8,42	8,96	8,96	C.14.	bezpłatny	0 zł
127	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	39,00	42,12	44,65	44,65	C.14.	bezpłatny	0 zł
128	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	78,00	84,24	89,29	89,29	C.14.	bezpłatny	0 zł
129	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	156,00	168,48	178,59	178,59	C.14.	bezpłatny	0 zł
130	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	168,00	181,44	192,33	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
131	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	160,00	172,80	183,17	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
132	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	320,00	345,60	366,34	366,32	C.16.	bezpłatny	0 zł
133	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	80,00	86,40	91,58	91,58	C.16.	bezpłatny	0 zł
134	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 erytropoetynę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
135	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoetynę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
136	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 111 mg	30 szt.	08594739302136	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
137	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 16 mg	60 szt.	08594739302143	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
138	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08594739302259	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
139	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 63 mg	30 szt.	08594739302242	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
140	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 79 mg	30 szt.	08594739264151	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
141	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991419943	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3510,00	3790,80	4018,25	4018,25	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
142	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991419950	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	4914,00	5307,12	5625,55	5625,55	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
143	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991419790	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1404,00	1516,32	1607,30	1607,30	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
144	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991419875	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3510,00	3790,80	4018,25	4018,25	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
145	Dasatinibum	Dasatinib Mylan, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991419929	2023-05-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	2808,00	3032,64	3214,60	3214,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
146	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991472320	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3250,00	3510,00	3720,60	3720,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
147	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991472337	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	4550,00	4914,00	5208,84	5208,84	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
148	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991472283	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1300,00	1404,00	1488,24	1488,24	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
149	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991472290	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3250,00	3510,00	3720,60	3720,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
150	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991472313	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2600,00	2808,00	2976,48	2976,48	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
151	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	22110,00	23878,80	25311,53	25311,53	C.83.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
152	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991386870	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3690,00	3985,20	4224,31	4224,31	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
153	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991386900	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5166,00	5579,28	5914,04	5914,04	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
154	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991386733	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1476,00	1594,08	1689,72	1689,72	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
155	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991386764	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3690,00	3985,20	4224,31	4224,31	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
156	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991386825	2023-03-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	2952,00	3188,16	3379,45	3379,45	C.92.b.	bezpłatny	0 zł
157	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991418779	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3750,00	4050,00	4293,00	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
158	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991418793	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5250,00	5670,00	6010,20	6010,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
159	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991418670	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
160	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991418687	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3750,00	4050,00	4293,00	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
161	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991418762	2023-01-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
162	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671601	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	12582,77	13589,39	14404,76	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
163	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909990818655	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	17615,88	19025,15	20166,66	6010,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
164	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990621323	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5033,11	5435,76	5761,91	1717,20	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
165	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990621354	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	12582,77	13589,39	14404,76	4293,00	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
166	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990818631	<1>2022-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	10066,21	10871,51	11523,79	3434,40	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
167	Dexamethasoni phosphas	Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2023-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	13,50	14,58	15,45	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
168	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	17,00	18,36	19,46	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
169	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	400,00	432,00	457,92	274,72	C.19.	bezpłatny	0 zł
170	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	50,00	54,00	57,24	34,34	C.19.	bezpłatny	0 zł
171	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	200,00	216,00	228,96	137,36	C.19.	bezpłatny	0 zł
172	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990994557	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	30,00	32,40	34,34	34,34	C.19.	bezpłatny	0 zł
173	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	120,00	129,60	137,38	137,36	C.19.	bezpłatny	0 zł
174	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	240,00	259,20	274,75	274,72	C.19.	bezpłatny	0 zł
175	Doxorubicini hydrochloridum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990471027	2022-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	34,00	36,72	38,92	38,92	C.20.	bezpłatny	0 zł
176	Doxorubicini hydrochloridum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990471010	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,12	10,93	11,59	7,78	C.20.	bezpłatny	0 zł
177	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	8,00	8,64	9,18	7,78	C.20.	bezpłatny	0 zł



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
178	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2022-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	76,00	82,08	87,00	77,84	C.20.	bezpłatny	0 zł
179	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	152,00	164,16	174,01	155,68	C.20.	bezpłatny	0 zł
180	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	38,00	41,04	43,50	38,92	C.20.	bezpłatny	0 zł
181	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	112,00	120,96	128,22	128,22	C.20.	bezpłatny	0 zł
182	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	9,40	10,15	10,76	7,78	C.20.	bezpłatny	0 zł
183	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	57,00	61,56	65,25	65,25	C.20.	bezpłatny	0 zł
184	Doxorubicini hydrochloridum	Zolsketil pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania dyspersji do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05055565781623	2023-05-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	930,00	1004,40	1064,66	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
185	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	1354,50	1462,86	1550,63	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
186	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2024-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	42,00	45,36	48,08	38,92	C.20.	bezpłatny	0 zł
187	Doxorubicinum	Mycet 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>2024-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3315,00	3580,20	3795,01	3795,01	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
188	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	500,00	540,00	572,40	526,60	C.23.	bezpłatny	0 zł
189	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	125,00	135,00	143,10	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
190	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	25,00	27,00	28,62	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
191	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	250,00	270,00	286,20	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
192	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	115,00	124,20	131,65	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
193	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	23,00	24,84	26,33	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
194	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991029869	2023-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	230,00	248,40	263,30	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł
195	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2023-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	686,88	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
196	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2023-09-01	2 lata	1085.0, Erlotinib	650,00	702,00	744,12	744,12	C.81.	bezpłatny	0 zł
197	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2023-09-01	2 lata	1085.0, Erlotinib	975,00	1053,00	1116,18	1116,18	C.81.	bezpłatny	0 zł
198	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	19,00	20,52	21,75	16,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
199	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	38,00	41,04	43,50	32,00	C.24.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
200	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	76,00	82,08	87,00	63,99	C.24.	bezpłatny	0 zł
201	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	11,40	12,31	13,05	8,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
202	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	27,90	30,13	31,94	31,94	C.24.	bezpłatny	0 zł
203	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	55,90	60,37	63,99	63,99	C.24.	bezpłatny	0 zł
204	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991198121	2023-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	19,00	20,52	21,75	16,00	C.24.	bezpłatny	0 zł
205	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990711598	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	12000,00	12960,00	13737,60	8414,28	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
206	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990711567	<1>2022-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	8620,00	9309,60	9868,18	4207,14	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
207	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	7350,00	7938,00	8414,28	8414,28	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
208	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2022-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	3675,00	3969,00	4207,14	4207,14	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
209	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
210	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	2022-05-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
211	Everolimusum	Everolimus Vipham, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
212	Everolimusum	Everolimus Vipham, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	2022-09-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
213	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	53,00	57,24	60,67	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
214	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	265,00	286,20	303,37	294,38	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
215	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	84,80	91,58	97,08	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
216	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2023-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	424,00	457,92	485,40	471,00	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
217	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	75,30	81,32	86,21	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
218	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	203,19	219,45	232,61	232,61	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
219	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	106,96	115,52	122,45	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
220	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	325,16	351,17	372,24	372,24	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
221	Fludarabini phosphas	Fludara Oral, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2022-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1439,00	1554,12	1647,37	1647,37	C.25.	bezpłatny	0 zł
222	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	13,49	14,57	15,44	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
223	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	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
224	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	5,60	6,05	6,59	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
225	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	56,00	60,48	64,11	64,11	C.26.	bezpłatny	0 zł
226	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	11,20	12,10	12,82	12,82	C.26.	bezpłatny	0 zł
227	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,90	7,45	7,99	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
228	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
229	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,30	14,36	15,23	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
230	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	480,00	518,40	549,50	549,50	C.27.	bezpłatny	0 zł
231	Fulvestrantum	Fulvestrant Pharmascience, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991441630	2021-05-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	569,00	614,52	651,39	549,50	C.27.	bezpłatny	0 zł
232	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	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
233	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	480,00	518,40	549,50	549,50	C.27.	bezpłatny	0 zł
234	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipham, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	1 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161871	2022-03-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	235,00	253,80	269,03	269,03	C.27.	bezpłatny	0 zł
235	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipham, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161888	2022-03-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
236	Fulvestrantum	Fulvestrant 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	478,00	516,24	547,21	547,21	C.27.	bezpłatny	0 zł
237	Gefitinibum	Gefitinib AlvoGen/Gefitinib Zentiva, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05350586001683	2022-09-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	800,00	864,00	915,84	915,84	C.80.	bezpłatny	0 zł
238	Gefitynibum	Gefitinib Accord, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2022-09-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	999,00	1078,92	1143,66	915,84	C.80.	bezpłatny	0 zł
239	Gefitynibum	Gefitinib Sandoz, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	07613421021696	2022-11-01	2 lata	1087.0, Gefitynibum	1000,00	1080,00	1144,80	915,84	C.80.	bezpłatny	0 zł
240	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	75,00	81,00	85,86	85,86	C.28.	bezpłatny	0 zł
241	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	16,50	17,82	18,89	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
242	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	150,00	162,00	171,72	171,72	C.28.	bezpłatny	0 zł
243	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	95,00	102,60	108,76	94,45	C.28.	bezpłatny	0 zł
244	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	25,00	27,00	28,62	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
245	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	190,00	205,20	217,51	188,90	C.28.	bezpłatny	0 zł
246	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 kaps. w butelce	05909990836758	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
247	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
248	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05415062342206	2021-07-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	609,68	658,45	697,96	697,96	C.30.	bezpłatny	0 zł
249	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05415062342190	2021-07-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	326,73	352,87	374,04	348,98	C.30.	bezpłatny	0 zł
250	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2022-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	111,50	120,42	127,65	115,34	C.31.	bezpłatny	0 zł
251	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2022-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	201,50	217,62	230,68	230,68	C.31.	bezpłatny	0 zł
252	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1><2><3>2023-09-01/<4>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	200,00	216,00	228,96	228,96	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
253	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1><2><3>2023-09-01/<4>2022-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	400,00	432,00	457,92	457,92	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
254	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2024-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	275,00	297,00	314,82	228,96	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
255	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2024-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	550,00	594,00	629,64	457,92	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
256	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2024-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	260,00	280,80	297,65	228,96	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
257	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2024-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	520,00	561,60	595,30	457,92	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
258	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	150,00	162,00	171,72	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
259	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	20,00	21,60	22,90	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
260	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	250,00	270,00	286,20	242,32	C.35.	bezpłatny	0 zł
261	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	50,00	54,00	57,24	48,46	C.35.	bezpłatny	0 zł
262	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	127,00	137,16	145,39	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
263	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	18,80	20,30	21,52	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
264	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	200,00	216,00	228,96	228,96	C.35.	bezpłatny	0 zł
265	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	41,50	44,82	47,51	47,51	C.35.	bezpłatny	0 zł
266	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4117,56	4446,96	4713,78	4713,78	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
267	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2478,35	2676,62	2837,21	2514,16	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
268	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3294,24	3557,78	3771,24	3771,24	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
269	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991466206	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1038,00	1121,04	1188,30	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
270	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991450946	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1557,00	1681,56	1782,45	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
271	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 20 mg	21 szt.	05909991450953	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2076,00	2242,08	2376,60	2211,76	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
272	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991450960	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2595,00	2802,60	2970,76	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
273	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991466220	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	519,00	560,52	594,15	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
274	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	<1><2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
275	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	<1>2022-05-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
276	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	<1>2022-05-01/<2>2023-01-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
277	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	<1><2>2022-05-01/<3>2023-01-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
278	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991472115	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
279	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991472207	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
280	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991472245	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
281	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991472092	<1><2><3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
282	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	08595112678558	<1><2>2022-07-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1803,90	1948,21	2065,10	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
283	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	08595112678565	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2705,85	2922,32	3097,66	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
284	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	08595112678572	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4509,75	4870,53	5162,77	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
285	Lenalidomidum	Lenalidomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	08595112678541	<1><2>2022-07-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	901,95	974,11	1032,56	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
286	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991425135	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
287	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991425159	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
288	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991425197	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
289	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991425098	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
290	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	03838989737627	<1><2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
291	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	03838989737634	<1>2022-05-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
292	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	03838989737641	<1>2022-05-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
293	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	03838989737658	<1><2>2022-05-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
294	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991471965	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
295	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991471972	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
296	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991471996	<1>2022-11-01/<2>2023-03-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
297	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991471941	<1><2>2022-11-01/<3>2023-03-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
298	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1040,00	1123,20	1190,59	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
299	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1560,00	1684,80	1785,89	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
300	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2600,00	2808,00	2976,48	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
301	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	520,00	561,60	595,30	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
302	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991451431	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
303	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991451455	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
304	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991451493	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
305	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991451394	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
306	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05907626709094	<1><2>2022-05-01/<3><4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
307	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05907626709100	<1>2022-05-01/<2><3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
308	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05907626709124	<1>2022-05-01/<2><3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	2764,69	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
309	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05907626709070	<1><2>2022-05-01/<3><4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
310	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt. (blister)	05909991470302	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
311	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt. (blister)	05909991470319	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
312	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt. (blister)	05909991470333	<1>2022-05-01/<2>2022-11-01/<3>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
313	Lenalidomidum	Lenalidomide Teva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt. (blister)	05909991470258	<1><2>2022-05-01/<3>2022-11-01/<4>2023-05-01	<1><3><4>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
314	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991447830	<1><2>2022-05-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1806,00	1950,48	2067,51	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
315	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991447854	<1>2022-05-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2709,00	2925,72	3101,26	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
316	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991447892	<1>2022-05-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	4515,00	4876,20	5168,77	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
317	Lenalidomidum	Lenalidomide Zentiva, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991447793	<1><2>2022-05-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	903,00	975,24	1033,75	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
318	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	06432100056047	<1><2>2022-09-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1120,00	1209,60	1282,18	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
319	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	06432100056054	<1>2022-09-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1680,00	1814,40	1923,26	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
320	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	06432100056061	<1>2022-09-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2800,00	3024,00	3205,44	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
321	Lenalidomidum	Linorion, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	06432100056030	<1><2>2022-09-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	560,00	604,80	641,09	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
322	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991480301	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	1105,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
323	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991480318	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1543,50	1666,98	1767,00	1658,82	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
324	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991480332	<1>2022-11-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	2572,50	2778,30	2945,00	2764,70	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
325	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991480288	<1><2>2022-11-01/<3>2023-05-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	552,94	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
326	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909990086702	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	13219,41	14276,96	15133,58	1105,88	<1>C.84.c.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
327	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909990086764	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	13943,63	15059,12	15962,67	1658,82	<1>C.84.c.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
328	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909990086771	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	15337,74	16564,76	17558,64	2764,70	<1>C.84.c.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
329	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909990086696	<1>2022-07-01/<2>2023-05-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	12608,20	13616,86	14433,87	552,94	<1>C.84.c.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
330	Melphalanum	Alkeran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2022-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	100,00	108,00	114,48	114,48	C.39.	bezpłatny	0 zł
331	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	38,00	41,04	43,50	43,50	C.40.	bezpłatny	0 zł
332	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991392086	2022-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	138,94	150,06	159,06	159,06	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
333	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991438647	2021-05-01	3 lata	1046.0, Mesnum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
334	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909990265831	2022-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	186,20	201,10	213,16	159,06	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
335	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.	350,00	378,00	400,68	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
336	Methotrexatum	Metotrexat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. po 50 ml	05909991333447	2022-09-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	262,50	283,50	300,51	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
337	Mitotatum	Lysodren, tabl., 500 mg	100 szt.	05909990335237	2022-07-01	3 lata	1030.0, Mitotatum	2465,00	2662,20	2821,93	2821,93	C.43.	bezpłatny	0 zł
338	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	07613421036027	2021-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.73.	bezpłatny	0 zł
339	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2024-01-01/<2>2023-07-01	<1>1 rok 3 miesiące/<2>3 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	256,00	276,48	293,07	293,07	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
340	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	40,00	43,20	45,79	29,72	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
341	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	30,00	32,40	34,34	14,86	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
342	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>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	519,22	560,76	594,40	594,40	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
343	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>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1038,45	1121,53	1188,82	1188,82	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
344	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>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1557,67	1682,28	1783,22	1783,22	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
345	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
346	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2023-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
347	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2023-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	25,90	27,97	29,65	29,65	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
348	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.	5,90	6,37	6,91	5,73	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
349	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.	10,00	10,80	11,45	11,45	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
350	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
351	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	28,50	30,78	32,63	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
352	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	45,90	49,57	52,54	36,52	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
353	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	28,50	30,78	32,63	32,63	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
354	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	57,00	61,56	65,25	65,25	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
355	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	114,00	123,12	130,51	130,51	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
356	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	<1>2024-04-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	29,50	31,86	33,77	32,63	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
357	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	<1>2024-04-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	59,00	63,72	67,54	65,26	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
358	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	<1>2024-04-01/<2>2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	118,00	127,44	135,09	130,52	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
359	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	46,70	50,44	53,46	53,46	C.47.	bezpłatny	0 zł
360	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	62,40	67,39	71,43	71,43	C.47.	bezpłatny	0 zł
361	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	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
362	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	125,00	135,00	143,10	143,10	C.47.	bezpłatny	0 zł
363	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	100,00	108,00	114,48	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
364	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	135,00	145,80	154,55	103,04	C.47.	bezpłatny	0 zł
365	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	30,00	32,40	34,34	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
366	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	300,00	324,00	343,44	206,07	C.47.	bezpłatny	0 zł
367	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	60,00	64,80	68,69	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
368	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
369	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	154,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
370	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	240,00	259,20	274,75	274,75	C.47.	bezpłatny	0 zł
371	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	67,50	72,90	77,27	77,27	C.47.	bezpłatny	0 zł
372	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2023-05-01	3 lata	1033.0, Pegaspargasum	6669,50	7203,06	7635,24	7635,24	C.48.	bezpłatny	0 zł
373	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
374	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2022-03-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1700,00	1836,00	1946,16	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
375	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
376	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
377	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	<1>2022-03-01/<2><3>2024-04-01	<1>3 lata/<2><3>1 rok	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
378	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991289362	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
379	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	05909991289379	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	595,00	642,60	681,16	681,16	C.49.	bezpłatny	0 zł
380	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05055565768969	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	685,74	C.49.	bezpłatny	0 zł
381	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05055565768952	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
382	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05055565768976	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1372,62	C.49.	bezpłatny	0 zł
383	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991444174	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	598,00	645,84	684,59	684,59	C.49.	bezpłatny	0 zł
384	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991444167	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,50	129,06	136,80	136,80	C.49.	bezpłatny	0 zł
385	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991444181	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1198,00	1293,84	1371,47	1371,47	C.49.	bezpłatny	0 zł
386	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07613421047023	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	685,74	C.49.	bezpłatny	0 zł
387	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	07613421047016	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
388	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	07613421047030	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1372,62	C.49.	bezpłatny	0 zł
389	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2021-07-01	3 lata	1126.0, Pteryksafor	17460,00	18856,80	19988,21	19988,21	C.71.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
390	Posaconazolium	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909990335244	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01/<3>2023-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	2317,68	2503,09	2653,28	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
391	Posaconazolium	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	0505556754351	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	600,00	648,00	686,88	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
392	Posaconazolium	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
393	Posaconazolium	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	1 but.po 105 ml	05901797710743	2023-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	597,50	645,30	684,02	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
394	Posaconazolium	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	675,43	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
395	Posaconazolium	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
396	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i roztwór do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji dożylnych, 1,5 mg/ml	3 fioł.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2022-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	639,00	690,12	731,53	731,53	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
397	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fioł.po 10 ml	05909990418817	<1><6>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>6 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2036,70	2199,64	2331,61	1097,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
398	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fioł.po 50 ml	05909990418824	<1><6>2022-07-01/<2>2022-09-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>6 miesięcy	1035.0, Rituximabum	5093,10	5500,55	5830,59	2744,65	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
399	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fioł.po 10 ml	07613421032975	<1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
400	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fioł.po 50 ml	07613421032982	<1>2023-11-01/<2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,65	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
401	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fioł.po 10 ml	05415062360507	<1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
402	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fioł.po 50 ml	05415062360521	<1><2><6>2022-11-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2><6>2 lata/<3><4><5>9 miesięcy	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
403	Ropeginterferonum alfa-2b	Besremi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 250 µg/0,5 ml	1 wstrzyk.po 0,5 ml	09007653000976	2023-01-01	2 lata	1267.0, Ropeginterferon alfa-2b	6308,76	6813,46	7222,27	7222,27	C.85.	bezpłatny	0 zł
404	Sorafenib tosylate	Sorafenib Teva, tabl. powł., 200 mg	112 szt. (blister)	05909991423711	2022-01-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
405	Sorafenibum	Sorafenib Accord, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	0505556785706	2024-01-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
406	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powł., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2022-03-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	1960,00	2116,80	2243,81	2243,81	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
407	Sorafenibum	Sorafenib Pharmascience, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991456849	2022-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1850,00	1998,00	2117,88	2117,88	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.	bezpłatny	0 zł
408	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2800,00	3024,00	3205,44	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
409	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991459239	2022-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1078.0, Sorafenib	1820,00	1965,60	2083,54	2083,54	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.	bezpłatny	0 zł
410	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 400 mg	56 szt.	05909991482954	2023-05-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1810,00	1954,80	2072,09	2072,09	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
411	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991440145	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2797,00	3020,76	3202,01	2404,08	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
412	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1507,00	1627,56	1725,21	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
413	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3014,00	3255,12	3450,43	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
414	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6028,00	6510,24	6900,85	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
415	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	1616,25	1745,55	1850,29	1778,53	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
416	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	3232,50	3491,10	3700,57	3557,06	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
417	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt. (butelka)	05055565775721	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6465,00	6982,20	7401,13	7114,11	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
418	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	1450,00	1566,00	1659,96	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
419	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	2022-07-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2900,00	3132,00	3319,92	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
420	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	2022-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
421	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	1612,50	1741,50	1845,99	1778,53	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
422	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 25 mg	30 kaps.	03838989736675	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3225,00	3483,00	3691,98	3557,06	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
423	Sunitinibum	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 50 mg	30 kaps.	03838989736682	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6450,00	6966,00	7383,96	7114,11	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
424	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	1508,80	1629,50	1727,28	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
425	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991469597	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3017,00	3258,36	3453,86	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
426	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	4525,50	4887,54	5180,79	4979,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
427	Sunitinibum	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991469610	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
428	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991465612	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
429	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991465643	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
430	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991465704	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
431	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	1508,50	1629,18	1726,93	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
432	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 25 mg	28 kaps.	05907626709278	2022-05-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	3017,00	3258,36	3453,86	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
433	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 50 mg	28 kaps.	05907626709292	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
434	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	1382,50	1493,10	1582,69	1582,69	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
435	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991436643	2022-09-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2765,00	2986,20	3165,37	3165,37	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
436	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	4147,50	4479,30	4748,06	4748,06	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
437	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991436681	2022-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	5530,00	5972,40	6330,74	6330,74	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
438	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	1508,50	1629,18	1726,93	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
439	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	3017,00	3258,36	3453,86	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
440	Sunitinibum	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991366674	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
441	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	1508,50	1629,18	1726,93	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
442	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	3017,00	3258,36	3453,86	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
443	Sunitinibum	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991455330	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	6034,00	6516,72	6907,72	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
444	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	1450,00	1566,00	1659,96	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
445	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	2900,00	3132,00	3319,92	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
446	Sunitinibum	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 50 mg	28 szt. (blister)	05909991419479	2022-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
447	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909990079377	<1>2021-07-01/<2>2021-09-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	4210,40	4547,23	4820,06	1659,96	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.	bezpłatny	0 zł
448	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909990079384	<1>2021-07-01/<2>2021-09-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	8420,80	9094,46	9640,13	3319,92	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.	bezpłatny	0 zł
449	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909990079391	2021-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	16841,60	18188,93	19280,27	6639,84	C.88.a.	bezpłatny	0 zł
450	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	13,20	14,26	15,11	15,11	C.52.	bezpłatny	0 zł
451	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719350	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	194,60	C.64.	bezpłatny	0 zł
452	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719367	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	300,00	324,00	343,44	272,44	C.64.	bezpłatny	0 zł
453	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719374	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	400,00	432,00	457,92	350,28	C.64.	bezpłatny	0 zł
454	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719343	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	38,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
455	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719381	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	550,00	594,00	629,64	486,50	C.64.	bezpłatny	0 zł
456	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719336	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	9,73	C.64.	bezpłatny	0 zł
457	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	208,33	225,00	238,50	194,60	C.64.	bezpłatny	0 zł
458	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	291,67	315,00	333,90	272,44	C.64.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
459	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	375,00	405,00	429,30	350,28	C.64.	bezpłatny	0 zł
460	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	41,67	45,00	47,70	38,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
461	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	520,83	562,50	596,25	486,50	C.64.	bezpłatny	0 zł
462	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsułki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,42	11,25	11,93	9,73	C.64.	bezpłatny	0 zł
463	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991288006	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	170,00	183,60	194,62	194,60	C.64.	bezpłatny	0 zł
464	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991288037	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	238,00	257,04	272,46	272,44	C.64.	bezpłatny	0 zł
465	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991288068	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	306,00	330,48	350,31	350,28	C.64.	bezpłatny	0 zł
466	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991287979	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	34,00	36,72	38,92	38,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
467	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991288099	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	425,00	459,00	486,54	486,50	C.64.	bezpłatny	0 zł
468	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsułki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991287948	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	8,50	9,18	9,73	9,73	C.64.	bezpłatny	0 zł
469	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2022-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	372,00	401,76	425,87	425,87	C.56.	bezpłatny	0 zł
470	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	65,00	70,20	74,41	74,41	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
471	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	260,00	280,80	297,65	297,64	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
472	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05996537004107	2024-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	671,00	724,68	768,16	768,16	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
473	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05996537005050	2024-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1878,80	2029,10	2150,85	2150,85	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
474	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	<1>2023-07-01/<2>2021-07-01/<3>2023-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	839,70	906,88	961,29	961,29	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
475	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	<1>2023-07-01/<2>2021-07-01/<3>2023-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2351,16	2539,25	2691,61	2691,61	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
476	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	<1><2>2022-07-01/<3>2023-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1157,00	1249,56	1324,53	961,29	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
477	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	<1><2>2023-03-01/<3>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2515,46	2716,70	2879,70	2691,61	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
478	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	<1><2>2022-09-01/<3>2023-11-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	780,00	842,40	892,94	892,94	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
479	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2610,00	2818,80	2987,93	2691,61	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
480	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	<1><2>2024-01-01/<3>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	830,00	896,40	950,18	950,18	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
481	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05055565775943	2024-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2324,00	2509,92	2660,52	2660,52	<1>C.86.a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
482	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2022-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	33,23	35,89	38,04	30,60	C.61.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazan objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
483	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2022-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	133,64	144,33	152,99	152,99	C.61.	bezpłatny	0 zł
484	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	450,80	486,86	516,08	229,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
485	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	2254,00	2434,32	2580,38	1145,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
486	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	156,81	169,35	179,52	133,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
487	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2022-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	235,21	254,03	269,27	199,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
488	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	200,00	216,00	228,96	228,96	C.63.	bezpłatny	0 zł
489	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	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
490	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	30,00	32,40	34,34	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
491	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	150,00	162,00	171,72	114,50	C.63.	bezpłatny	0 zł
492	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05909991314439	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	20,00	21,60	22,90	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
493	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991314446	2022-09-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	100,00	108,00	114,48	114,48	C.63.	bezpłatny	0 zł
494	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909991402365	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	116,40	125,71	133,25	133,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
495	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909991402389	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,60	188,57	199,89	199,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
496	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen/Vinorelbine Zentiva, kaps. miękkie, 80 mg	1 kaps.	05909991402402	2022-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	465,60	502,85	533,02	533,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
497	Voriconazolium	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	125,73	135,79	143,93	125,93	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
498	Voriconazolium	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	165,00	178,20	188,89	188,89	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

**ACIDUM LEVOFOLINICUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
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	<b>CALCII FOLINAS</b>	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	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	<b>DARBEPOETIN ALFA</b>	D46.9	ZESPOŁ MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKRESŁONY <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.04.

**EPOETINUM ALPHA**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	<b>EPOETINUM ALPHA</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	EPOEINUM ALPHA	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.06.

**FILGRASTIMUM**

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	FILGRASTIMUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

**MESNUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	MESNUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

**ONDANSETRONUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	<b>ONDANSETRONUM</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI



Załącznik C.0.10.

**PEGFILGRASTIMUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1.	<b>PEGFILGRASTIMUM</b>	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIEŁODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

**RASBURICASUM**

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	RASBURICASUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

**APREPITANTUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	APREPITANTUM	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $>70 \text{ MG/M}^2$ – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

**POSACONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	POSACONAZOLUM	<p>OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul> <p>CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul> <p>NOWOTWORYLITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul>

Załącznik C.0.15.

**VORICONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	VORICONAZOLUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.a.

**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $\geq 50$ MG/M <sup>2</sup> – PROFILAKTYKA



Załącznik C.0.16.b.

**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	<b>DEXAMETHASONI PHOSPHAS</b>	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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	BLEOMYCIN SULPHATE	C04	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	BLEOMYCIN SULPHATE	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	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 PRZEKRACZAJĄCE 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	BLEOMYCIN SULPHATE	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	OPLUCNA
93	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, SRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
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 PRZEKRACZAJĄCE 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 OPLUCNEJ
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	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
153	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
154	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.3	PRZYMACICZA
155	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.7	INNE OKREŚLONE 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	MÓZGZ 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	MÓZDŻEK
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 PĘCZERZA 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 INNYCHOKREŚLONYCH 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 NIEZIARNICZEROZLANE
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	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
234	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
240	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
245	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	BLEOMYCIN SULPHATE	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	BLEOMYCIN SULPHATE	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
261	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
262	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
263	BLEOMYCIN SULPHATE	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
264	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
265	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
266	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
267	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
268	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
269	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
270	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
271	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
272	BLEOMYCIN SULPHATE	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
273	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
274	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
275	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
276	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
293	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
294	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
295	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
296	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
297	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
298	<b>BLEO MYCIN SULPHATE</b>	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	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
301	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
303	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D39.1	JAJNIK
312	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
317	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.4	OTRZEWNA
318	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.5	SKÓRA
319	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.6	SUTEK
320	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	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	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
328	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

## Załącznik C.4.

**BUSULFANUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BUSULFANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	BUSULFANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	BUSULFANUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	BUSULFANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	BUSULFANUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	BUSULFANUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	BUSULFANUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	BUSULFANUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	BUSULFANUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	BUSULFANUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	BUSULFANUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	BUSULFANUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	BUSULFANUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	BUSULFANUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	BUSULFANUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	BUSULFANUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
17	BUSULFANUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	BUSULFANUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	BUSULFANUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	BUSULFANUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	BUSULFANUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	BUSULFANUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

**CAPECITABINE**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	CAPECITABINE	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	CAPECITABINE	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
3.	CAPECITABINE	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
4.	CAPECITABINE	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
5.	CAPECITABINE	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.5.b.

**CAPECITABINE**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>CAPECITABINE</b>	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
2.	<b>CAPECITABINE</b>	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
3.	<b>CAPECITABINE</b>	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
4.	<b>CAPECITABINE</b>	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
5.	<b>CAPECITABINE</b>	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
6.	<b>CAPECITABINE</b>	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
7.	<b>CAPECITABINE</b>	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
8.	<b>CAPECITABINE</b>	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
9.	<b>CAPECITABINE</b>	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
10.	<b>CAPECITABINE</b>	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
11.	<b>CAPECITABINE</b>	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
12.	<b>CAPECITABINE</b>	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
13.	<b>CAPECITABINE</b>	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
14.	<b>CAPECITABINE</b>	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
15.	<b>CAPECITABINE</b>	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMYUSTNEJ I GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
16.	<b>CAPECITABINE</b>	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
17.	<b>CAPECITABINE</b>	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
17.	<b>CAPECITABINE</b>	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
18.	<b>CAPECITABINE</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
19.	<b>CAPECITABINE</b>	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
20.	<b>CAPECITABINE</b>	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
21.	<b>CAPECITABINE</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
22.	<b>CAPECITABINE</b>	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
23.	<b>CAPECITABINE</b>	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
24.	<b>CAPECITABINE</b>	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH

## Załącznik C.6.

**CARBOPLATIN**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	CARBOPLATIN	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	CARBOPLATIN	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	CARBOPLATIN	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	CARBOPLATIN	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	CARBOPLATIN	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	CARBOPLATIN	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	CARBOPLATIN	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	CARBOPLATIN	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	CARBOPLATIN	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	CARBOPLATIN	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	CARBOPLATIN	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	CARBOPLATIN	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	CARBOPLATIN	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
14.	CARBOPLATIN	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	CARBOPLATIN	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	CARBOPLATIN	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	CARBOPLATIN	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	CARBOPLATIN	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
19.	CARBOPLATIN	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
20.	CARBOPLATIN	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
21.	<b>CARBOPLATIN</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
22.	<b>CARBOPLATIN</b>	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
23.	<b>CARBOPLATIN</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
24.	<b>CARBOPLATIN</b>	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
25.	<b>CARBOPLATIN</b>	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
26.	<b>CARBOPLATIN</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
27.	<b>CARBOPLATIN</b>	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
28.	<b>CARBOPLATIN</b>	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
29.	<b>CARBOPLATIN</b>	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
30.	<b>CARBOPLATIN</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
31.	<b>CARBOPLATIN</b>	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
32.	<b>CARBOPLATIN</b>	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
33.	<b>CARBOPLATIN</b>	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
34.	<b>CARBOPLATIN</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35.	<b>CARBOPLATIN</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
36.	<b>CARBOPLATIN</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
37.	<b>CARBOPLATIN</b>	C45	MIĘDZYBŁONIAK
38.	<b>CARBOPLATIN</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
39.	<b>CARBOPLATIN</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
40.	<b>CARBOPLATIN</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
41.	<b>CARBOPLATIN</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
42.	<b>CARBOPLATIN</b>	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>CARBOPLATIN</b>	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
44.	<b>CARBOPLATIN</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
45.	<b>CARBOPLATIN</b>	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
46.	<b>CARBOPLATIN</b>	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
47.	<b>CARBOPLATIN</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
48.	<b>CARBOPLATIN</b>	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
49.	<b>CARBOPLATIN</b>	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
50.	<b>CARBOPLATIN</b>	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
51.	<b>CARBOPLATIN</b>	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
52.	<b>CARBOPLATIN</b>	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
53.	<b>CARBOPLATIN</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
54.	<b>CARBOPLATIN</b>	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
55.	<b>CARBOPLATIN</b>	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
56.	<b>CARBOPLATIN</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
57.	<b>CARBOPLATIN</b>	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
58.	<b>CARBOPLATIN</b>	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
59.	<b>CARBOPLATIN</b>	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
60.	<b>CARBOPLATIN</b>	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
61.	<b>CARBOPLATIN</b>	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
62.	<b>CARBOPLATIN</b>	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
63.	<b>CARBOPLATIN</b>	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
64.	<b>CARBOPLATIN</b>	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNÝCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
65.	<b>CARBOPLATIN</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
66.	<b>CARBOPLATIN</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
67.	<b>CARBOPLATIN</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
68.	<b>CARBOPLATIN</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
69.	<b>CARBOPLATIN</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
70.	<b>CARBOPLATIN</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
71.	<b>CARBOPLATIN</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
72.	<b>CARBOPLATIN</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
73.	<b>CARBOPLATIN</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74.	<b>CARBOPLATIN</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
75.	<b>CARBOPLATIN</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
76.	<b>CARBOPLATIN</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
77.	<b>CARBOPLATIN</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
78.	<b>CARBOPLATIN</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
79.	<b>CARBOPLATIN</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
80.	<b>CARBOPLATIN</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
81.	<b>CARBOPLATIN</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	<b>CARBOPLATIN</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83.	<b>CARBOPLATIN</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
84.	<b>CARBOPLATIN</b>	D00.2	ŻOŁĄDEK
85.	<b>CARBOPLATIN</b>	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
86.	<b>CARBOPLATIN</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
87.	<b>CARBOPLATIN</b>	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
88.	<b>CARBOPLATIN</b>	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
89.	<b>CARBOPLATIN</b>	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
90.	<b>CARBOPLATIN</b>	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
91.	<b>CARBOPLATIN</b>	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
92.	<b>CARBOPLATIN</b>	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
93.	<b>CARBOPLATIN</b>	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
94.	<b>CARBOPLATIN</b>	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
95.	<b>CARBOPLATIN</b>	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
96.	<b>CARBOPLATIN</b>	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
97.	<b>CARBOPLATIN</b>	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
98.	<b>CARBOPLATIN</b>	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
99.	<b>CARBOPLATIN</b>	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
100.	<b>CARBOPLATIN</b>	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
101.	<b>CARBOPLATIN</b>	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102.	<b>CARBOPLATIN</b>	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
103.	<b>CARBOPLATIN</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
104.	<b>CARBOPLATIN</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
105.	<b>CARBOPLATIN</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
106.	<b>CARBOPLATIN</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
107.	<b>CARBOPLATIN</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
108.	<b>CARBOPLATIN</b>	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
109.	<b>CARBOPLATIN</b>	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
110.	<b>CARBOPLATIN</b>	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
111.	<b>CARBOPLATIN</b>	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
112.	<b>CARBOPLATIN</b>	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
113.	<b>CARBOPLATIN</b>	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
114.	<b>CARBOPLATIN</b>	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
115.	<b>CARBOPLATIN</b>	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
116.	<b>CARBOPLATIN</b>	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
117.	<b>CARBOPLATIN</b>	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
118.	<b>CARBOPLATIN</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRZEGO I TKANEK POKREWNYCH
119.	<b>CARBOPLATIN</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
120.	<b>CARBOPLATIN</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
121.	<b>CARBOPLATIN</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
122.	<b>CARBOPLATIN</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
123.	<b>CARBOPLATIN</b>	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/

Załącznik C.8.

**CHLORAMBUCILUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CHLORAMBUCILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	CHLORAMBUCILUM	C81	CHOROBA HODGKINA
3	CHLORAMBUCILUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	CHLORAMBUCILUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	CHLORAMBUCILUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	CHLORAMBUCILUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	CHLORAMBUCILUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	CHLORAMBUCILUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	CHLORAMBUCILUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	CHLORAMBUCILUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	CHLORAMBUCILUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	CHLORAMBUCILUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	CHLORAMBUCILUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	CHLORAMBUCILUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	CHLORAMBUCILUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	CHLORAMBUCILUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
17	CHLORAMBUCILUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
18	CHLORAMBUCILUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	CHLORAMBUCILUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	CHLORAMBUCILUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	CHLORAMBUCILUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	CHLORAMBUCILUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	CHLORAMBUCILUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
24	CHLORAMBUCILUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
25	CHLORAMBUCILUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26	CHLORAMBUCILUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
27	CHLORAMBUCILUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
28	CHLORAMBUCILUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
29	CHLORAMBUCILUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
30	CHLORAMBUCILUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
31	CHLORAMBUCILUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
32	CHLORAMBUCILUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
33	CHLORAMBUCILUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	CHLORAMBUCILUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
35	CHLORAMBUCILUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	CHLORAMBUCILUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	CHLORAMBUCILUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	CHLORAMBUCILUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	CHLORAMBUCILUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	CHLORAMBUCILUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	CHLORAMBUCILUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	CHLORAMBUCILUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CHLORAMBUCILUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	CHLORAMBUCILUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	CHLORAMBUCILUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	CHLORAMBUCILUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	CHLORAMBUCILUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA



Załącznik C.10.

**CICLOSPORINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CICLOSPORINUM	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	CICLOSPORINUM	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	CICLOSPORINUM	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	CICLOSPORINUM	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOWANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	CICLOSPORINUM	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	CICLOSPORINUM	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	CICLOSPORINUM	D61.9	NIEOKREŚLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	CICLOSPORINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU 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 DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CISPLATINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CISPLATINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CISPLATINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CISPLATINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CISPLATINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CISPLATINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CISPLATINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CISPLATINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CISPLATINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CISPLATINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CISPLATINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CISPLATINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CISPLATINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CISPLATINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CISPLATINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CISPLATINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CISPLATINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CISPLATINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CISPLATINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CISPLATINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CISPLATINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CISPLATINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	CISPLATINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CISPLATINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	CISPLATINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CISPLATINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CISPLATINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CISPLATINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CISPLATINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CISPLATINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CISPLATINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CISPLATINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CISPLATINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CISPLATINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CISPLATINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CISPLATINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CISPLATINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CISPLATINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CISPLATINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CISPLATINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CISPLATINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CISPLATINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CISPLATINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CISPLATINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CISPLATINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CISPLATINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	CISPLATINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CISPLATINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CISPLATINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	CISPLATINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CISPLATINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	CISPLATINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	CISPLATINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CISPLATINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CISPLATINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CISPLATINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CISPLATINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CISPLATINUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZELĘYKU
79	CISPLATINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
80	CISPLATINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
81	CISPLATINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
82	CISPLATINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
83	CISPLATINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
84	CISPLATINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELĘYKU
85	CISPLATINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELĘYKU
86	CISPLATINUM	C15.9	PRZELĘK, NIEOKREŚLONY
87	CISPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	CISPLATINUM	C16.0	WPUST
89	CISPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90	CISPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	CISPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	CISPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	CISPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
94	CISPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	CISPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	CISPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	CISPLATINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	CISPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	CISPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	CISPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	CISPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	CISPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	CISPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	CISPLATINUM	C18	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	CISPLATINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	CISPLATINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	CISPLATINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
119	CISPLATINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	CISPLATINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	CISPLATINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
122	CISPLATINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	CISPLATINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	CISPLATINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	CISPLATINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	CISPLATINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	CISPLATINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	CISPLATINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	CISPLATINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	CISPLATINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	CISPLATINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	CISPLATINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	CISPLATINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	CISPLATINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	CISPLATINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	CISPLATINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	CISPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	CISPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	CISPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	CISPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	CISPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	CISPLATINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
143	CISPLATINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	CISPLATINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	CISPLATINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	CISPLATINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	CISPLATINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	CISPLATINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	CISPLATINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	CISPLATINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	CISPLATINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	CISPLATINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	CISPLATINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	CISPLATINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	CISPLATINUM	C31.1	KOMÓRKI 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	CISPLATINUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
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	OPLUCNA
182	CISPLATINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
183	CISPLATINUM	C39	NOWOT WÓR 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 PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	CISPLATINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	CISPLATINUM	C40	NOWOT WÓR 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 PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	CISPLATINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	CISPLATINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	CISPLATINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
226	CISPLATINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	CISPLATINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	CISPLATINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	CISPLATINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	CISPLATINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	CISPLATINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	CISPLATINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	CISPLATINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	CISPLATINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE T KANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	CISPLATINUM	C49.0	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	CISPLATINUM	C49.1	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	CISPLATINUM	C49.2	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	CISPLATINUM	C49.3	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	CISPLATINUM	C49.4	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	CISPLATINUM	C49.5	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	CISPLATINUM	C49.6	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	CISPLATINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
254	CISPLATINUM	C49.9	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	CISPLATINUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUT KA
256	CISPLATINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUT KOWEJ
257	CISPLATINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUT KA
258	CISPLATINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUT KA
259	CISPLATINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUT KA
260	CISPLATINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
261	CISPLATINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
262	CISPLATINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUT KA
263	CISPLATINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUT KA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	CISPLATINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	CISPLATINUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	CISPLATINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	CISPLATINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	CISPLATINUM	C51.2	ŁECHT ACZKA
269	CISPLATINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	CISPLATINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	CISPLATINUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	CISPLATINUM	C53	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	CISPLATINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	CISPLATINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	CISPLATINUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	CISPLATINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	CISPLATINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	CISPLATINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	CISPLATINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	CISPLATINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁĘ MACICY
290	CISPLATINUM	C57.3	PRZYMATICZA
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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	CISPLATINUM	C60	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	CISPLATINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	CISPLATINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	CISPLATINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	CISPLATINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	CISPLATINUM	C63	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	CISPLATINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	CISPLATINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	CISPLATINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
318	CISPLATINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
319	CISPLATINUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
320	CISPLATINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
321	CISPLATINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
322	CISPLATINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
323	CISPLATINUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
324	CISPLATINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	CISPLATINUM	C67.7	MOCZOWNIK
326	CISPLATINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
327	CISPLATINUM	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	CISPLATINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	CISPLATINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	CISPLATINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	CISPLATINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	CISPLATINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	CISPLATINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	CISPLATINUM	C69.0	SPOJÓWKA
335	CISPLATINUM	C69.1	ROGÓWKA
336	CISPLATINUM	C69.2	SIATKÓWKA
337	CISPLATINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	CISPLATINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	CISPLATINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	CISPLATINUM	C69.6	OCZODÓŁ
341	CISPLATINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	CISPLATINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	CISPLATINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	CISPLATINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	CISPLATINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	CISPLATINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	CISPLATINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	CISPLATINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	CISPLATINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	CISPLATINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	CISPLATINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	CISPLATINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	CISPLATINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	CISPLATINUM	C71.6	MÓZDŻEK
355	CISPLATINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
356	CISPLATINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
357	CISPLATINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
358	CISPLATINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
359	CISPLATINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
360	CISPLATINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
361	CISPLATINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
362	CISPLATINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
363	CISPLATINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
364	CISPLATINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
365	CISPLATINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
366	CISPLATINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
367	CISPLATINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
368	CISPLATINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
369	CISPLATINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
370	CISPLATINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
371	CISPLATINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
372	CISPLATINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
373	CISPLATINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
374	CISPLATINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
375	CISPLATINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
376	CISPLATINUM	C75.3	SZYSZYNKA
377	CISPLATINUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
378	CISPLATINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYWOJOWE
379	CISPLATINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	CISPLATINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	CISPLATINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
382	CISPLATINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	CISPLATINUM	C76.1	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	<b>CISPLATINUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	<b>CISPLATINUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	<b>CISPLATINUM</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	<b>CISPLATINUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	<b>CISPLATINUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	<b>CISPLATINUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	<b>CISPLATINUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	<b>CISPLATINUM</b>	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	<b>CISPLATINUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	<b>CISPLATINUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	<b>CISPLATINUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	<b>CISPLATINUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
400	<b>CISPLATINUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	<b>CISPLATINUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	<b>CISPLATINUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	<b>CISPLATINUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	<b>CISPLATINUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	<b>CISPLATINUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	<b>CISPLATINUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	<b>CISPLATINUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	<b>CISPLATINUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	<b>CISPLATINUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	<b>CISPLATINUM</b>	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 PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	CISPLATINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	CISPLATINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	CISPLATINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	CISPLATINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	CISPLATINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	CISPLATINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	CISPLATINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	CISPLATINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	CISPLATINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
421	CISPLATINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	CISPLATINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	CISPLATINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	CISPLATINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	CISPLATINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	CISPLATINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	CISPLATINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	CISPLATINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	CISPLATINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	CISPLATINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	CISPLATINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	CISPLATINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	CISPLATINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	CISPLATINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	CISPLATINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	CISPLATINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	CISPLATINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	CISPLATINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	CISPLATINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	CISPLATINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	CISPLATINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
442	CISPLATINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH 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	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
453	CISPLATINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	CISPLATINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	CISPLATINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	CISPLATINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	CISPLATINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA
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 DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
474	CISPLATINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
475	CISPLATINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
476	CISPLATINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
477	CISPLATINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
478	CISPLATINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
479	CISPLATINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
480	CISPLATINUM	C92.3	MIEŚSAK SZPIKOWY
481	CISPLATINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	CISPLATINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	CISPLATINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	CISPLATINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	CISPLATINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	CISPLATINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	CISPLATINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	CISPLATINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	CISPLATINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	CISPLATINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	CISPLATINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	CISPLATINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	CISPLATINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	CISPLATINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	CISPLATINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	CISPLATINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	CISPLATINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	CISPLATINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	CISPLATINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	CISPLATINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	CISPLATINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	CISPLATINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	CISPLATINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	CISPLATINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	CISPLATINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	CISPLATINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	CISPLATINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	CISPLATINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	CISPLATINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	CISPLATINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	CISPLATINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	CISPLATINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	CISPLATINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	CISPLATINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	CISPLATINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
516	CISPLATINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	CISPLATINUM	D01.2	ODBYTNICA
518	CISPLATINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	CISPLATINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	CISPLATINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK 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	PĘCZERZ 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	PRZELYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	CISPLATINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	CISPLATINUM	D13.2	DWUNASTNICA
583	CISPLATINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	CISPLATINUM	D13.4	WĄTROBA
585	CISPLATINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	CISPLATINUM	D13.6	TRZUSTKA
587	CISPLATINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	CISPLATINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
589	CISPLATINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
590	CISPLATINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
591	CISPLATINUM	D14.1	KRTAŃ
592	CISPLATINUM	D14.2	TCHAWICA
593	CISPLATINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
594	CISPLATINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
595	CISPLATINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW 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 DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	CISPLATINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	CISPLATINUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	CISPLATINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	CISPLATINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	CISPLATINUM	D16.5	ŻUCHWA
608	CISPLATINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	CISPLATINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	CISPLATINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	CISPLATINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	CISPLATINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	CISPLATINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	CISPLATINUM	D20.1	OTRZEWNA
615	CISPLATINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	CISPLATINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	CISPLATINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	CISPLATINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	CISPLATINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	CISPLATINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	CISPLATINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	CISPLATINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	CISPLATINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	CISPLATINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	CISPLATINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	CISPLATINUM	D28.0	SROM
627	CISPLATINUM	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	CISPLATINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	CISPLATINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	CISPLATINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	CISPLATINUM	D29	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	CISPLATINUM	D29.0	PRAĆCIE
633	CISPLATINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
634	CISPLATINUM	D29.2	JĄDRO
635	CISPLATINUM	D29.3	NAJĄDRZE
636	CISPLATINUM	D29.4	MOSZNA
637	CISPLATINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
638	CISPLATINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
639	CISPLATINUM	D30	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	CISPLATINUM	D30.0	NERKA
641	CISPLATINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	CISPLATINUM	D30.2	MOCZOWÓD
643	CISPLATINUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
644	CISPLATINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	CISPLATINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	CISPLATINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	CISPLATINUM	D31	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR OKA
648	CISPLATINUM	D31.0	SPOJÓWKA
649	CISPLATINUM	D31.1	ROGÓWKA
650	CISPLATINUM	D31.2	SIATKÓWKA
651	CISPLATINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	CISPLATINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	CISPLATINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	CISPLATINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	CISPLATINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	CISPLATINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	CISPLATINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	CISPLATINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	CISPLATINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	CISPLATINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	CISPLATINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
662	CISPLATINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
663	CISPLATINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
664	CISPLATINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
665	CISPLATINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
666	CISPLATINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
667	CISPLATINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
668	CISPLATINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
669	CISPLATINUM	D35.0	NADNERCZA
670	CISPLATINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
671	CISPLATINUM	D35.2	PRZYSADKA
672	CISPLATINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
673	CISPLATINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
674	CISPLATINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
675	CISPLATINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
676	CISPLATINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	CISPLATINUM	D35.8	ZAJĘCIE 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, PĘCZERZYK 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	SRÓDPIERSIE
699	CISPLATINUM	D38.4	GRASICA
700	CISPLATINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	CISPLATINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	CISPLATINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
703	CISPLATINUM	D39.0	MACICA
704	CISPLATINUM	D39.1	JAJNIK
705	CISPLATINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
706	CISPLATINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
707	CISPLATINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
708	CISPLATINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
709	CISPLATINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
710	CISPLATINUM	D40.1	JĄDRO
711	CISPLATINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
712	CISPLATINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
713	CISPLATINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
714	CISPLATINUM	D41.0	NERKA
715	CISPLATINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
716	CISPLATINUM	D41.2	MOCZOWÓD
717	CISPLATINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
718	CISPLATINUM	D41.4	PEŁCZERZ MOCZOWY
719	CISPLATINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	CISPLATINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	CISPLATINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
722	CISPLATINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
723	CISPLATINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
724	CISPLATINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
725	CISPLATINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
726	CISPLATINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
727	CISPLATINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
728	CISPLATINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
729	CISPLATINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
730	CISPLATINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
731	CISPLATINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
732	CISPLATINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
733	CISPLATINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
734	CISPLATINUM	D44.0	TARCZYCA
735	CISPLATINUM	D44.1	NADNERCZA
736	CISPLATINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
737	CISPLATINUM	D44.3	PRZYSADKA
738	CISPLATINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
739	CISPLATINUM	D44.5	SZYSZYŃKA
740	CISPLATINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
741	CISPLATINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
742	CISPLATINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
743	CISPLATINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
744	CISPLATINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
745	CISPLATINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	CISPLATINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	CISPLATINUM	D48	NOWOTWORZY 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 ZAOTRZEWNOVA
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 (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWICOWEJ
765	CISPLATINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
766	CISPLATINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.12.

**CLADRIBINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CLADRIBINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANS A NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
3	CLADRIBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
4	CLADRIBINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
5	CLADRIBINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
6	CLADRIBINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
7	CLADRIBINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
8	CLADRIBINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
9	CLADRIBINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
10	CLADRIBINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
11	CLADRIBINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
12	CLADRIBINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
13	CLADRIBINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (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	NIEZRÓZNICOWANY (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, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81	CLADRIBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
82	CLADRIBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
83	CLADRIBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
84	CLADRIBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
85	CLADRIBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
86	CLADRIBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
87	CLADRIBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	CLADRIBINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
89	CLADRIBINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIEINDZIEJ

Załącznik C.13.

**CYKLOPHOSPHAMIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.0	WPUST
80	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.7	ESICA
104	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH 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	OPLUCNA
166	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
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 PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA 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 PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
210	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
211	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
212	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
259	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
260	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
267	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
268	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.3	PRZYMAGICZA
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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60	NOWOT WÓR 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 PĘCZERZA MOCZOWEGO
296	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
300	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA 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	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
333	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
337	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
338	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
339	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
340	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
341	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
342	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
343	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
344	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
345	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
347	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
349	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
350	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
351	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
352	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
353	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
354	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
355	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
356	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
357	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
360	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
361	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.1	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 WNETRZA 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 ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
378	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
384	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
399	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
418	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) 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 LIMFOEPITELIODALNY
427	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
428	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
429	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
430	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
431	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
432	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
433	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
434	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
435	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
436	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
437	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
438	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA 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 PLAZMATYCZNAKOMÓRKOWA
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 DOROŚLYCH 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	MIEŚSAK SZPIKOWY
459	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
493	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
495	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
498	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
501	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z 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	PĘCZERZ MOCZOWY
526	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
527	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.2	OKO
528	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
529	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
530	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
531	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
532	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.0	WARGA
533	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
535	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
536	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
537	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
538	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
539	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
540	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
541	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
542	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
543	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
544	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
545	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
546	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
547	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
548	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
549	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
550	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
551	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
552	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
553	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
554	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
555	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
556	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.0	PRZEŁYK
558	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
559	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
560	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
561	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
562	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
563	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
564	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
565	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.9	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 DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
585	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.0	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.1	NACZYNIANKI CHŁONNE 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	PĘCZERZ 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, NADNAMIAOTOWE
647	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIAOTOWE
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	SZYSZYŃKA
660	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
661	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
662	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
674	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
676	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
677	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK 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	PĘCZERZ 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 SYSTEMNERWOWY, 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	SZYSZYNKĄ
726	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
727	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
728	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
729	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
730	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
731	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
732	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
733	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
734	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
735	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
736	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
737	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
740	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
741	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
742	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
743	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
744	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
745	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
746	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
747	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.5	SKÓRA
748	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.6	SUTEK
749	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
750	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
751	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
752	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
753	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
754	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
759	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIAWATYCH
760	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
761	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA



Załącznik C.14.

**CYTARABINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYTARABINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
2	CYTARABINUM	C69.0	SPOJÓWKA
3	CYTARABINUM	C69.1	ROGÓWKA
4	CYTARABINUM	C69.2	SIATKÓWKA
5	CYTARABINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
6	CYTARABINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
7	CYTARABINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
8	CYTARABINUM	C69.6	OCZODÓŁ
9	CYTARABINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
10	CYTARABINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
11	CYTARABINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
12	CYTARABINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	CYTARABINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	CYTARABINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	CYTARABINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	CYTARABINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	CYTARABINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	CYTARABINUM	C71.6	MÓZDŻEK
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 PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
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 DOROŚLYCH 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, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	CYTARABINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	CYTARABINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	CYTARABINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	CYTARABINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	CYTARABINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	CYTARABINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	CYTARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	CYTARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	CYTARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	CYTARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	CYTARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
141	CYTARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	CYTARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	CYTARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	CYTARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	CYTARABINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
146	CYTARABINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
147	CYTARABINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
148	CYTARABINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
149	CYTARABINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
150	CYTARABINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
151	CYTARABINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
152	CYTARABINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWICOWATEJ
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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DACARBAZINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	DACARBAZINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DACARBAZINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DACARBAZINUM	C04	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DACARBAZINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	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 SKRZEŁOWA
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 PRZEKRACZAJĄCE 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DACARBAZINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DACARBAZINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	DACARBAZINUM	C13.1	FALD 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM 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	NOWOT WÓR 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 MNIJSZA 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	DACARBAZINUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	DACARBAZINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	DACARBAZINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	DACARBAZINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	DACARBAZINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	DACARBAZINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	DACARBAZINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	DACARBAZINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	DACARBAZINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	DACARBAZINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	DACARBAZINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	DACARBAZINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	DACARBAZINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	DACARBAZINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	DACARBAZINUM	C18.7	ESICA
104	DACARBAZINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	DACARBAZINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	DACARBAZINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	DACARBAZINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	DACARBAZINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	DACARBAZINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	DACARBAZINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	DACARBAZINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	DACARBAZINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	DACARBAZINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	DACARBAZINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	DACARBAZINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH 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 ŻÓLCIOWEGO
122	DACARBAZINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	DACARBAZINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	DACARBAZINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	DACARBAZINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	DACARBAZINUM	C24.9	DRUGI ŻÓLCIOWE, 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 WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	DACARBAZINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	DACARBAZINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	DACARBAZINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	DACARBAZINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	DACARBAZINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	DACARBAZINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	DACARBAZINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	DACARBAZINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	DACARBAZINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	DACARBAZINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	DACARBAZINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	DACARBAZINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	DACARBAZINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	DACARBAZINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	DACARBAZINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	DACARBAZINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	DACARBAZINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	DACARBAZINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	DACARBAZINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
152	DACARBAZINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, SRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
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	OPLUCNA
158	DACARBAZINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, SRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
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 PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA 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 PRZEKRACZAJĄCE 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	MIEŚNIÓWKA 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	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
248	DACARBAZINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBLĘ 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	DACARBAZINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	DACARBAZINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	DACARBAZINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	DACARBAZINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	DACARBAZINUM	C63	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	DACARBAZINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	DACARBAZINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	DACARBAZINUM	C67	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	DACARBAZINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	DACARBAZINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	DACARBAZINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	DACARBAZINUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	DACARBAZINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	DACARBAZINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	DACARBAZINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	DACARBAZINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	DACARBAZINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	DACARBAZINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	DACARBAZINUM	C71.6	MÓZDŻEK
307	DACARBAZINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	DACARBAZINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	DACARBAZINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	DACARBAZINUM	C72	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	DACARBAZINUM	C74	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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 PRYZYWOJOWE
331	DACARBAZINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	DACARBAZINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	DACARBAZINUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	DACARBAZINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	DACARBAZINUM	C76.1	KŁATKA 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 WNEŹRZA KŁATKI 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 ODDECHOWEGO 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 PĘCZERZA 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 PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
418	DACARBAZINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	DACARBAZINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	DACARBAZINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
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 DOROŚLYCH 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, KRWIOTWÓRCZEJ 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, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
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	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	DACARBAZINUM	D10.0	WARGA
507	DACARBAZINUM	D10.1	JĘZYK
508	DACARBAZINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	DACARBAZINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	DACARBAZINUM	D10.4	MIGDAŁEK
511	DACARBAZINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	DACARBAZINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	DACARBAZINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	DACARBAZINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	DACARBAZINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	DACARBAZINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	DACARBAZINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	DACARBAZINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	DACARBAZINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	DACARBAZINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	DACARBAZINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	DACARBAZINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	DACARBAZINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	DACARBAZINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	DACARBAZINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	DACARBAZINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	DACARBAZINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	DACARBAZINUM	D12.8	ODBYTNICA
529	DACARBAZINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	DACARBAZINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	DACARBAZINUM	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	DACARBAZINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	DACARBAZINUM	D13.2	DWUNASTNICA
534	DACARBAZINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	DACARBAZINUM	D13.4	WĄTROBA
536	DACARBAZINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE 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 DŁGIE 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	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	DACARBAZINUM	D18.0	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	DACARBAZINUM	D18.1	NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	DACARBAZINUM	D19	NOWOTWORZY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	DACARBAZINUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
568	DACARBAZINUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	DACARBAZINUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	DACARBAZINUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	DACARBAZINUM	D20	NOWOTWORZY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	DACARBAZINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	DACARBAZINUM	D20.1	OTRZEWNA
574	DACARBAZINUM	D21	INNE NOWOTWORZY 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 PRYZWOJOWE
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	PĘCZERZ 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	SZYSZYNKI
700	DACARBAZINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
701	DACARBAZINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
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 NADMIAREMBLASTÓW
709	DACARBAZINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	DACARBAZINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	DACARBAZINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	DACARBAZINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	DACARBAZINUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	DACARBAZINUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	DACARBAZINUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	DACARBAZINUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	DACARBAZINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	DACARBAZINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	DACARBAZINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO 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 ZAOTRZEWNOVA
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	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
738	DACARBAZINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	DACARBAZINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA



Załącznik C.19.

**DOCETAXELUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DO CETAXELUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DO CETAXELUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DO CETAXELUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DO CETAXELUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DO CETAXELUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DO CETAXELUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DO CETAXELUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DO CETAXELUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DO CETAXELUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DO CETAXELUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DO CETAXELUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DO CETAXELUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DO CETAXELUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DO CETAXELUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DO CETAXELUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DO CETAXELUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DO CETAXELUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DO CETAXELUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DO CETAXELUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	DO CETAXELUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DO CETAXELUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	DO CETAXELUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DO CETAXELUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DO CETAXELUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DO CETAXELUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DO CETAXELUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DO CETAXELUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DO CETAXELUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DO CETAXELUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DO CETAXELUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DO CETAXELUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DO CETAXELUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DO CETAXELUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DO CETAXELUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DO CETAXELUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DO CETAXELUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DO CETAXELUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DO CETAXELUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DO CETAXELUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DO CETAXELUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DO CETAXELUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DO CETAXELUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	DO CETAXELUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DO CETAXELUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DO CETAXELUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DO CETAXELUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DO CETAXELUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	DO CETAXELUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DO CETAXELUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DO CETAXELUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DO CETAXELUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DO CETAXELUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DO CETAXELUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DO CETAXELUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DO CETAXELUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DO CETAXELUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DO CETAXELUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DO CETAXELUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DO CETAXELUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DO CETAXELUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DO CETAXELUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DO CETAXELUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DO CETAXELUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DO CETAXELUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DO CETAXELUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DO CETAXELUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	DO CETAXELUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DO CETAXELUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPARYNX)
69	DO CETAXELUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKIPIERŚCIENIOWATEJ
70	DO CETAXELUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DO CETAXELUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DO CETAXELUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DO CETAXELUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	DO CETAXELUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DO CETAXELUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DO CETAXELUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DO CETAXELUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DO CETAXELUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DO CETAXELUM	C16.0	WPUST
80	DO CETAXELUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DO CETAXELUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DO CETAXELUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	DO CETAXELUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	DO CETAXELUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DO CETAXELUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DO CETAXELUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DO CETAXELUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DO CETAXELUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	DO CETAXELUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	DO CETAXELUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	DO CETAXELUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	DO CETAXELUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	DO CETAXELUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	DO CETAXELUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	DO CETAXELUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	DO CETAXELUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	DO CETAXELUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	DO CETAXELUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	DO CETAXELUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	DO CETAXELUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYNY
101	DO CETAXELUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYNY, NIEOKREŚLONE
102	DO CETAXELUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	DO CETAXELUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	DO CETAXELUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	DO CETAXELUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	DO CETAXELUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	DO CETAXELUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	DO CETAXELUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	DO CETAXELUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	DO CETAXELUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	DO CETAXELUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	DO CETAXELUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	DO CETAXELUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	DO CETAXELUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	DO CETAXELUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	DO CETAXELUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	DO CETAXELUM	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.	DO XO RUBICINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	DO XO RUBICINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	DO XO RUBICINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	DO XO RUBICINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	DO XO RUBICINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	DO XO RUBICINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	DO XO RUBICINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	DO XO RUBICINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	DO XO RUBICINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	DO XO RUBICINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	DO XO RUBICINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	DO XO RUBICINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	DO XO RUBICINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	DO XO RUBICINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	DO XO RUBICINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	DO XO RUBICINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	DO XO RUBICINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	DO XO RUBICINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	DO XO RUBICINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	DO XO RUBICINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	DO XO RUBICINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	DO XO RUBICINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	DO XO RUBICINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	DO XO RUBICINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	DO XO RUBICINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	DO XO RUBICINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	DO XO RUBICINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	DO XO RUBICINUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	DO XO RUBICINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	DO XO RUBICINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY)(PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	DO XO RUBICINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	DO XO RUBICINUM	C09.9	MIGDALEK, NIEOKREŚLONY
52.	DO XO RUBICINUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	DO XO RUBICINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	DO XO RUBICINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	DO XO RUBICINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	DO XO RUBICINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	DO XO RUBICINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	DO XO RUBICINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	DO XO RUBICINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	DO XO RUBICINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	DO XO RUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	DO XO RUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	DO XO RUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	DO XO RUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	DO XO RUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	DO XO RUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	DO XO RUBICINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	DO XO RUBICINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	DO XO RUBICINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	DO XO RUBICINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	DO XO RUBICINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	DO XO RUBICINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	DO XO RUBICINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	DO XO RUBICINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBREBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	DO XO RUBICINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	DO XO RUBICINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	DO XO RUBICINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	DO XO RUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79.	DO XO RUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80.	DO XO RUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81.	DO XO RUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82.	DO XO RUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83.	DO XO RUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84.	DO XO RUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85.	DO XO RUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86.	DO XO RUBICINUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	DO XO RUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	DO XO RUBICINUM	C16.0	WPUST
89.	DO XO RUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	DO XO RUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	DO XO RUBICINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	DO XO RUBICINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	DO XO RUBICINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	DO XO RUBICINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	DO XO RUBICINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	DO XO RUBICINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	DO XO RUBICINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	DO XO RUBICINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99.	DO XO RUBICINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100.	DO XO RUBICINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	DO XO RUBICINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102.	DO XO RUBICINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	DO XO RUBICINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	DO XO RUBICINUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	DO XO RUBICINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	DO XO RUBICINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	DO XO RUBICINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	DO XO RUBICINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	DO XO RUBICINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	DO XO RUBICINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	DO XO RUBICINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	DO XO RUBICINUM	C18.7	ESICA
113.	DO XO RUBICINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	DO XO RUBICINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	DO XO RUBICINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	DO XO RUBICINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	DO XO RUBICINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	DO XO RUBICINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	DO XO RUBICINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	DO XO RUBICINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	DO XO RUBICINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	DO XO RUBICINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	DO XO RUBICINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	DO XO RUBICINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	DO XO RUBICINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	DO XO RUBICINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	DO XO RUBICINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	DO XO RUBICINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	DO XO RUBICINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	DO XO RUBICINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131.	DO XO RUBICINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132.	DO XO RUBICINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133.	DO XO RUBICINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	DO XO RUBICINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135.	DO XO RUBICINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	DO XO RUBICINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	DO XO RUBICINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	DO XO RUBICINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	DO XO RUBICINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	DO XO RUBICINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	DO XO RUBICINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	DO XO RUBICINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	DO XO RUBICINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	DO XO RUBICINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	DO XO RUBICINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	DO XO RUBICINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	DO XO RUBICINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	DO XO RUBICINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	DO XO RUBICINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	DO XO RUBICINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	DO XO RUBICINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	DO XO RUBICINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	DO XO RUBICINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	DO XO RUBICINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	DO XO RUBICINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156.	DO XO RUBICINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	DO XO RUBICINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	DO XO RUBICINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	DO XO RUBICINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	DO XO RUBICINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	DO XO RUBICINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	DO XO RUBICINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	DO XO RUBICINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	DO XO RUBICINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
165.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.0	SERCE
170.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.4	OPŁUCNA
174.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
187.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
189.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
207.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	DO XO RUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
212.	DO XO RUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
213.	DO XO RUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	DO XO RUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
215.	DO XO RUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	DO XO RUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	DO XO RUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	DO XO RUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
219.	DO XO RUBICINUM	C47	NOWOTWORZY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	DO XO RUBICINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	DO XO RUBICINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	DO XO RUBICINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	DO XO RUBICINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	DO XO RUBICINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	DO XO RUBICINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	DO XO RUBICINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	DO XO RUBICINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	DO XO RUBICINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	DO XO RUBICINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	DO XO RUBICINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	DO XO RUBICINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	DO XO RUBICINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	DO XO RUBICINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	DO XO RUBICINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	DO XO RUBICINUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	DO XO RUBICINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	DO XO RUBICINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	DO XO RUBICINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	DO XO RUBICINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	DO XO RUBICINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	DO XO RUBICINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	DO XO RUBICINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	DO XO RUBICINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	DO XO RUBICINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	DO XO RUBICINUM	C54.3	DNO MACICY
270.	DO XO RUBICINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	DO XO RUBICINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	DO XO RUBICINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	DO XO RUBICINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	DO XO RUBICINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	DO XO RUBICINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	DO XO RUBICINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
277.	DO XO RUBICINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
278.	DO XO RUBICINUM	C57.3	PRZYMATICZA
279.	DO XO RUBICINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	DO XO RUBICINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	DO XO RUBICINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	DO XO RUBICINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	DO XO RUBICINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	DO XO RUBICINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	DO XO RUBICINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	DO XO RUBICINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	DO XO RUBICINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	DO XO RUBICINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	DO XO RUBICINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	DO XO RUBICINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	DO XO RUBICINUM	C63.2	MOSZNA
292.	DO XO RUBICINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	DO XO RUBICINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	DO XO RUBICINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	DO XO RUBICINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	DO XO RUBICINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	DO XO RUBICINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	DO XO RUBICINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	DO XO RUBICINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	DO XO RUBICINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	DO XO RUBICINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	DO XO RUBICINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	DO XO RUBICINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	DO XO RUBICINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	DO XO RUBICINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	DO XO RUBICINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	DO XO RUBICINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	DO XO RUBICINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	DO XO RUBICINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	DO XO RUBICINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	DO XO RUBICINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	DO XO RUBICINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	DO XO RUBICINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	DO XO RUBICINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	DO XO RUBICINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	DO XO RUBICINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	DO XO RUBICINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	DO XO RUBICINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	DO XO RUBICINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	DO XO RUBICINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	DO XO RUBICINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	DO XO RUBICINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	DO XO RUBICINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	DO XO RUBICINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	DO XO RUBICINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	DO XO RUBICINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	DO XO RUBICINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	DO XO RUBICINUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	DO XO RUBICINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	DO XO RUBICINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	DO XO RUBICINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	DO XO RUBICINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	DO XO RUBICINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	DO XO RUBICINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	DO XO RUBICINUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	DO XO RUBICINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	DO XO RUBICINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	DO XO RUBICINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	DO XO RUBICINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	DO XO RUBICINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	DO XO RUBICINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	DO XO RUBICINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	DO XO RUBICINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	DO XO RUBICINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	DO XO RUBICINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	DO XO RUBICINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	DO XO RUBICINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	DO XO RUBICINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	DO XO RUBICINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	DO XO RUBICINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	DO XO RUBICINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	DO XO RUBICINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.3	SZYSZYNKA
358.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.2	BRZUCH
366.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.3	MIEDNICA
367.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
381.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEJ I ODBYTNICY
387.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNEJ
388.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCHUMIEJSCOWIEŃ
391.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIĘDNICZKI NERKOWEJ
392.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
423.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	DO XO RUBICINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	DO XO RUBICINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
447.	DO XO RUBICINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	DO XO RUBICINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	DO XO RUBICINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
450.	DO XO RUBICINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	DO XO RUBICINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	DO XO RUBICINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	DO XO RUBICINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	DO XO RUBICINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	DO XO RUBICINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	DO XO RUBICINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	DO XO RUBICINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	DO XO RUBICINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	DO XO RUBICINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	DO XO RUBICINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	DO XO RUBICINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	DO XO RUBICINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	DO XO RUBICINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	DO XO RUBICINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	DO XO RUBICINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	DO XO RUBICINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNÝCH
467.	DO XO RUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	DO XO RUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.2	ODBYTNICA
478.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
481.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	DO XO RUBICINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	DO XO RUBICINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	DO XO RUBICINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	DO XO RUBICINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	DO XO RUBICINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	DO XO RUBICINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	DO XO RUBICINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	DO XO RUBICINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	DO XO RUBICINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	DO XO RUBICINUM	D07.1	SROM
502.	DO XO RUBICINUM	D07.2	POCHWA
503.	DO XO RUBICINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	DO XO RUBICINUM	D07.4	PRĄCIE
505.	DO XO RUBICINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	DO XO RUBICINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	DO XO RUBICINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	DO XO RUBICINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	DO XO RUBICINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	DO XO RUBICINUM	D09.2	OKO
511.	DO XO RUBICINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	DO XO RUBICINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	DO XO RUBICINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	DO XO RUBICINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	DO XO RUBICINUM	D10.0	WARGA
516.	DO XO RUBICINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	DO XO RUBICINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	DO XO RUBICINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	DO XO RUBICINUM	D10.4	MIGDALEK
520.	DO XO RUBICINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	DO XO RUBICINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	DO XO RUBICINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	DO XO RUBICINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	DO XO RUBICINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	DO XO RUBICINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	DO XO RUBICINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	DO XO RUBICINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	DO XO RUBICINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	DO XO RUBICINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	DO XO RUBICINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	DO XO RUBICINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	DO XO RUBICINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	DO XO RUBICINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	DO XO RUBICINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	DO XO RUBICINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	DO XO RUBICINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	DO XO RUBICINUM	D12.8	ODBYTNICA
538.	DO XO RUBICINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	DO XO RUBICINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	DO XO RUBICINUM	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	DO XO RUBICINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	DO XO RUBICINUM	D13.2	DWUNASTNICA
543.	DO XO RUBICINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	DO XO RUBICINUM	D13.4	WĄTROBA
545.	DO XO RUBICINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
546.	DO XO RUBICINUM	D13.6	TRZUSTKA
547.	DO XO RUBICINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	DO XO RUBICINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	DO XO RUBICINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	DO XO RUBICINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	DO XO RUBICINUM	D14.1	KRTAŃ
552.	DO XO RUBICINUM	D14.2	TCHAWICA
553.	DO XO RUBICINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	DO XO RUBICINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	DO XO RUBICINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	DO XO RUBICINUM	D15.0	GRASICA
557.	DO XO RUBICINUM	D15.1	SERCE
558.	DO XO RUBICINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
559.	DO XO RUBICINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	DO XO RUBICINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	DO XO RUBICINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	DO XO RUBICINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	DO XO RUBICINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	DO XO RUBICINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	DO XO RUBICINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	DO XO RUBICINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	DO XO RUBICINUM	D16.5	ŻUCHWA
568.	DO XO RUBICINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	DO XO RUBICINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	DO XO RUBICINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	DO XO RUBICINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	DO XO RUBICINUM	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	DO XO RUBICINUM	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	DO XO RUBICINUM	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	DO XO RUBICINUM	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	DO XO RUBICINUM	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	DO XO RUBICINUM	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
578.	DO XO RUBICINUM	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	DO XO RUBICINUM	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKA NASIENNEGO
580.	DO XO RUBICINUM	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	DO XO RUBICINUM	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	DO XO RUBICINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	DO XO RUBICINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	DO XO RUBICINUM	D20.1	OTRZEWNA
585.	DO XO RUBICINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	DO XO RUBICINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	DO XO RUBICINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.0	SROM
597.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.1	POCHWA
598.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.0	PRĄCIE
603.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.2	JĄDRO
605.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.3	NAJĄDRZE
606.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.4	MOSZNA
607.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.0	NERKA
611.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	DO XO RUBICINUM	D30.2	MOCZOWÓD
613.	DO XO RUBICINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	DO XO RUBICINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	DO XO RUBICINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	DO XO RUBICINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	DO XO RUBICINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	DO XO RUBICINUM	D31.0	SPOJÓWKA
619.	DO XO RUBICINUM	D31.1	ROGÓWKA
620.	DO XO RUBICINUM	D31.2	SIATKÓWKA
621.	DO XO RUBICINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	DO XO RUBICINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	DO XO RUBICINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	DO XO RUBICINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	DO XO RUBICINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	DO XO RUBICINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
627.	DO XO RUBICINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	DO XO RUBICINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	DO XO RUBICINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	DO XO RUBICINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	DO XO RUBICINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	DO XO RUBICINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	DO XO RUBICINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	DO XO RUBICINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	DO XO RUBICINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.0	NADNERCZA
641.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.2	PRZYSADKA
643.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.4	SZYSZYNKA
645.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
647.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.5	ODBYTNICA
662.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
663.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.0	KRTAŃ
667.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.2	OPŁUCNA
669.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.4	GRASICA
671.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.0	MACICA
675.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.1	JAJNIK
676.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.1	JĄDRO
682.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.0	NERKA
686.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.2	MOCZOWÓD
688.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D44	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	DO XO RUBICINUM	D44.1	NADNERCZA
707.	DO XO RUBICINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	DO XO RUBICINUM	D44.3	PRZYSADKA
709.	DO XO RUBICINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	DO XO RUBICINUM	D44.5	SZYSZYNKI
711.	DO XO RUBICINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	DO XO RUBICINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
713.	DO XO RUBICINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	DO XO RUBICINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	DO XO RUBICINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	DO XO RUBICINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	DO XO RUBICINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	DO XO RUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	DO XO RUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	DO XO RUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	DO XO RUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	DO XO RUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
723.	DO XO RUBICINUM	D48.4	OTRZEWNA
724.	DO XO RUBICINUM	D48.5	SKÓRA
725.	DO XO RUBICINUM	D48.6	SUTEK
726.	DO XO RUBICINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
732.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
737.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM**

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej  $\geq 200 \text{mg/m}^2$ ;

z uwzględnieniem przeciwwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Lecznego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ 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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
6	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
30	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

**DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY-DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
2.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
3.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
5.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
9.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
10.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
11.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
12.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
13.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
15.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
17.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
18.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
19.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
20.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
21.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
22.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
23.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	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	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	<b>EPIRUBICINUM</b>	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
9	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
10	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
11	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
12	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
13	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
14	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
15	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
16	<b>EPIRUBICINUM</b>	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
17	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.0	WPUST
19	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
20	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
22	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
23	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZINY GÓRNEJ
36	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZINY GÓRNEJ
37	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZINY DOLNEJ
38	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZINY DOLNEJ
39	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
50	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
51	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA
53	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOSI'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOSI'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOSI'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
57	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
58	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
59	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
60	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
61	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
62	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
63	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
64	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
65	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
66	<b>EPIRUBICINUM</b>	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	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
68	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
69	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
70	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
71	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
72	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
73	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
74	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
75	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
76	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
77	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
78	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
79	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
80	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
81	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
82	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
83	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
84	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
85	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
86	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
87	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
88	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
89	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
91	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
92	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
93	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
94	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
95	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
96	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.3	DNO MACICY
97	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
98	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
99	<b>EPIRUBICINUM</b>	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	<b>EPIRUBICINUM</b>	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
104	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
105	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.3	PRZYMATICZA
106	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
107	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
108	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
109	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
110	<b>EPIRUBICINUM</b>	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
112	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
113	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
115	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
116	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
117	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
118	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
119	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
120	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
121	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
122	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
123	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
124	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
125	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
126	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
127	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
128	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
129	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
130	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
131	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
132	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
133	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
134	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
135	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
136	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
138	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
139	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
140	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
141	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
142	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
143	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
144	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
145	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
146	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
147	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
148	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
149	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
150	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
151	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
152	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
153	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
154	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
155	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
156	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNAKOMÓRKOWA
157	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
158	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
159	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
160	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.1	PRZEWELEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
162	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
163	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
164	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
165	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
208	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
209	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.5	SKÓRA
210	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.6	SUTEK
211	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
214	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
219	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
220	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.24.

**ETOPOSIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	<b>ETOPOSIDUM</b>	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	<b>ETOPOSIDUM</b>	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	<b>ETOPOSIDUM</b>	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	<b>ETOPOSIDUM</b>	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	<b>ETOPOSIDUM</b>	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	<b>ETOPOSIDUM</b>	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	<b>ETOPOSIDUM</b>	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	<b>ETOPOSIDUM</b>	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.2	JĘZYCZEK
33	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	<b>ETOPOSIDUM</b>	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	<b>ETOPOSIDUM</b>	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	<b>ETOPOSIDUM</b>	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	<b>ETOPOSIDUM</b>	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	<b>ETOPOSIDUM</b>	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	<b>ETOPOSIDUM</b>	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	<b>ETOPOSIDUM</b>	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	<b>ETOPOSIDUM</b>	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	<b>ETOPOSIDUM</b>	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	<b>ETOPOSIDUM</b>	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	<b>ETOPOSIDUM</b>	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	<b>ETOPOSIDUM</b>	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	<b>ETOPOSIDUM</b>	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	<b>ETOPOSIDUM</b>	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	<b>ETOPOSIDUM</b>	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	<b>ETOPOSIDUM</b>	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	<b>ETOPOSIDUM</b>	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	<b>ETOPOSIDUM</b>	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	<b>ETOPOSIDUM</b>	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	<b>ETOPOSIDUM</b>	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	<b>ETOPOSIDUM</b>	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	<b>ETOPOSIDUM</b>	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	<b>ETOPOSIDUM</b>	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	<b>ETOPOSIDUM</b>	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	<b>ETOPOSIDUM</b>	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	<b>ETOPOSIDUM</b>	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	<b>ETOPOSIDUM</b>	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	<b>ETOPOSIDUM</b>	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.0	WPUST
80	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
84	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE
91	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
92	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.7	ESICA
104	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	<b>ETOPOSIDUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	<b>ETOPOSIDUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	<b>ETOPOSIDUM</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	<b>EIO POSIDUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	<b>EIO POSIDUM</b>	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	<b>EIO POSIDUM</b>	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	<b>EIO POSIDUM</b>	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	<b>EIO POSIDUM</b>	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	<b>EIO POSIDUM</b>	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	<b>EIO POSIDUM</b>	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	<b>EIO POSIDUM</b>	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	<b>EIO POSIDUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	<b>EIO POSIDUM</b>	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	<b>ETOPOSIDUM</b>	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	<b>ETOPOSIDUM</b>	C26.1	ŚLEDZIONA
139	<b>ETOPOSIDUM</b>	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	<b>ETOPOSIDUM</b>	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	<b>ETOPOSIDUM</b>	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	<b>ETOPOSIDUM</b>	C30.0	JAMA NOSOWA
143	<b>ETOPOSIDUM</b>	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	<b>ETOPOSIDUM</b>	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	<b>ETOPOSIDUM</b>	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	<b>ETOPOSIDUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	<b>ETOPOSIDUM</b>	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.0	SERCE
162	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.4	OPŁUCNA
166	<b>ETOPOSIDUM</b>	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	<b>ETOPOSIDUM</b>	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	<b>ETOPOSIDUM</b>	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	<b>ETOPOSIDUM</b>	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	<b>ETOPOSIDUM</b>	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBREMBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	<b>ETOPOSIDUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
181	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	<b>ETOPOSIDUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	<b>ETIOPSIDUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	<b>ETIOPSIDUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	<b>ETIOPSIDUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	<b>ETIOPSIDUM</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOSIEGO
198	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOSIEGO SKÓRY
199	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOSIEGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOSIEGO PODNIEBIENIA
201	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOSIEGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOSIEGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOSIEGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	<b>ETIOPSIDUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY
205	<b>ETIOPSIDUM</b>	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	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	<b>ETO POSIDUM</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	<b>ETO POSIDUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	<b>ETO POSIDUM</b>	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	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKI
231	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKI
233	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKI
234	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKI
235	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKI
236	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKI
237	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKI
238	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKI
239	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.2	ŁECHTACZKA
244	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	<b>ETO POSIDUM</b>	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
256	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.3	DNO MACICY
257	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	<b>ETO POSIDUM</b>	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	<b>ETO POSIDUM</b>	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	<b>ETO POSIDUM</b>	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
264	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
265	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.3	PRZYMATICZA
266	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
267	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	<b>ETO POSIDUM</b>	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	<b>ETO POSIDUM</b>	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.0	NAPLETEK
273	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	<b>ETO POSIDUM</b>	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	<b>ETO POSIDUM</b>	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	<b>ETO POSIDUM</b>	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	<b>ETO POSIDUM</b>	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	<b>ETO POSIDUM</b>	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	<b>ETO POSIDUM</b>	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.0	NAJĄDRZE
284	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.2	MOSZNA
286	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	<b>ETO POSIDUM</b>	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	<b>ETO POSIDUM</b>	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	<b>ETO POSIDUM</b>	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	<b>ETO POSIDUM</b>	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	<b>ETO POSIDUM</b>	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
293	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
294	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
295	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
296	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	<b>ETO POSIDUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	<b>ETIOPSIDUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK
301	<b>ETIOPSIDUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	<b>ETIOPSIDUM</b>	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	<b>ETIOPSIDUM</b>	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	<b>ETIOPSIDUM</b>	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	<b>ETIOPSIDUM</b>	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	<b>ETIOPSIDUM</b>	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	<b>ETIOPSIDUM</b>	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.0	SPOJÓWKA
310	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.1	ROGÓWKA
311	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.2	SIATKÓWKA
312	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.6	OCZODÓŁ
316	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	<b>ETIOPSIDUM</b>	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	<b>ETIOPSIDUM</b>	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	<b>ETIOPSIDUM</b>	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	<b>ETIOPSIDUM</b>	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	<b>ETIOPSIDUM</b>	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	<b>ETIOPSIDUM</b>	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.6	MÓZDŻEK
330	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72.1	OGON KOŃSKI
336	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72.3	NERW WZROKOWY
338	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	<b>ETOPOSIDUM</b>	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	<b>ETOPOSIDUM</b>	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	<b>ETOPOSIDUM</b>	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	<b>ETOPOSIDUM</b>	C74.0	KORA NADNERCZY
345	<b>ETOPOSIDUM</b>	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	<b>ETOPOSIDUM</b>	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	<b>EIO POSIDUM</b>	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.3	SZYSZYNKA
352	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
353	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	<b>EIO POSIDUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	<b>EIO POSIDUM</b>	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.2	BRZUCH
360	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.3	MIEDNICA
361	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	<b>EIO POSIDUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	<b>EIO POSIDUM</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	<b>EIO POSIDUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	<b>EIO POSIDUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
375	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	<b>EIO POSIDUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	<b>EIO POSIDUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	<b>EIO POSIDUM</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	<b>ETOPOSIDUM</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	<b>ETOPOSIDUM</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	<b>ETOPOSIDUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	<b>ETOPOSIDUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
396	<b>ETOPOSIDUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	<b>ETOPOSIDUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	<b>ETOPOSIDUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	<b>ETOPOSIDUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	<b>ETOPOSIDUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	<b>ETOPOSIDUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	<b>ETOPOSIDUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	<b>ETOPOSIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	<b>ETOPOSIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	<b>ETOPOSIDUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	<b>ETOPOSIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	<b>ETOPOSIDUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	<b>ETOPOSIDUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	<b>ETOPOSIDUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	<b>ETOPOSIDUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	<b>ETOPOSIDUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	<b>ETOPOSIDUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	<b>ETOPOSIDUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	<b>ETOPOSIDUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	<b>ETO POSIDUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	<b>ETO POSIDUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
428	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	<b>ETO POSIDUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	<b>ETO POSIDUM</b>	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	<b>ETOPOSIDUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	<b>ETOPOSIDUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
441	<b>ETOPOSIDUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
446	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	<b>ETOPOSIDUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	<b>ETOPOSIDUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	<b>ETOPOSIDUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	<b>ETO POSIDUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	<b>ETO POSIDUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	<b>ETO POSIDUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	<b>ETO POSIDUM</b>	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	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.0	OKRĘŻNICA
490	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.2	ODBYTNICA
492	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
495	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
498	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
500	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.1	SROM
516	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.2	POCHWA
517	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.4	PRĄCIE
519	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
523	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.2	OKO
525	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10.0	WARGA
530	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10.1	JĘZYK
531	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.4	MIGDAŁEK
534	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	<b>EIO POSIDUM</b>	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	<b>EIO POSIDUM</b>	D11	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	<b>EIO POSIDUM</b>	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	<b>EIO POSIDUM</b>	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	<b>EIO POSIDUM</b>	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	<b>EIO POSIDUM</b>	D12	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.8	ODBYTNICA
552	<b>EIO POSIDUM</b>	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	<b>EIO POSIDUM</b>	D13	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	<b>EIO POSIDUM</b>	D13.0	PRZEŁYK
555	<b>EIO POSIDUM</b>	D13.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
556	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.2	DWUNASTNICA
557	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.4	WĄTROBA
559	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.6	TRZUSTKA
561	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	<b>ETOPOSIDUM</b>	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.1	KRTAŃ
566	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.2	TCHAWICA
567	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	<b>ETOPOSIDUM</b>	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
570	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.0	GRASICA
571	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.1	SERCE
572	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	<b>ETOPOSIDUM</b>	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.5	ŻUCHWA
582	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	<b>ETOPOSIDUM</b>	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	<b>ETOPOSIDUM</b>	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	<b>ETOPOSIDUM</b>	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	<b>ETOPOSIDUM</b>	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	<b>ETOPOSIDUM</b>	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	<b>ETOPOSIDUM</b>	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	<b>ETOPOSIDUM</b>	D20.1	OTRZEWNA
592	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	<b>ETOPOSIDUM</b>	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	<b>ETOPOSIDUM</b>	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	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.0	SROM
604	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.1	POCHWA
605	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.0	PRĄCIE
610	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.2	JĄDRO
612	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.3	NAJĄDRZE
613	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.4	MOSZNA
614	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.0	NERKA
618	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.2	MOCZOWÓD
620	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
621	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.0	SPOJÓWKA
626	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.1	ROGÓWKA
627	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.2	SIATKÓWKA
628	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.3	NACZYNIÓWKA
629	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
630	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
631	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
632	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
633	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
634	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.0	OPONY MÓZGOWE
635	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.1	OPONY RDZENIOWE
636	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
637	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
638	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
639	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
640	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
641	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.3	NERWY CZASZKOWE
642	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
643	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
644	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
645	<b>ETOPOSIDUM</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
646	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
647	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
648	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.1	PRZYTARCZYCE
649	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.2	PRZYSADKA
650	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
651	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.4	SZYSZYNKA
652	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
654	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.2	JELITO CIENKIE
666	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.4	OKRĘŻNICA
668	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.5	ODBYTNICA
669	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	<b>ETO POSIDUM</b>	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.0	KRTAŃ
674	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.2	OPŁUCNA
676	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.4	GRASICA
678	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	<b>ETO POSIDUM</b>	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.0	MACICA
682	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.1	JAJNIK
683	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.2	ŁOŻYSKO
684	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	<b>ETO POSIDUM</b>	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.1	JĄDRO
689	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	<b>ETO POSIDUM</b>	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	<b>ETO POSIDUM</b>	D41.0	NERKA
693	<b>ETO POSIDUM</b>	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
694	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D41.2	MOCZOWÓD
695	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D41.3	CEWKA MOCZOWA
696	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
697	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
698	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
699	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
700	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D42.0	OPONY MÓZGOWE
701	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D42.1	OPONY RDZENIOWE
702	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
703	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
704	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
705	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
706	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
707	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE
708	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
709	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
710	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
711	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
712	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D44.0	TARCZYCA
713	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D44.1	NADNERCZA
714	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D44.2	PRZYTARCZYCE
715	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D44.3	PRZYSADKA
716	<b>ETIOPOSIDUM</b>	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
717	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.5	SZYSZYNKA
718	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZYWOJOWE
720	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	<b>ETOPOSIDUM</b>	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
727	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
743	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
744	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.5	SKÓRA
745	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.6	SUTEK
746	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	<b>ETOPOSIDUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	<b>ETOPOSIDUM</b>	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	<b>ETOPOSIDUM</b>	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHOROBY PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	<b>ETOPOSIDUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	<b>ETOPOSIDUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	<b>ETOPOSIDUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	<b>ETOPOSIDUM</b>	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	<b>ETOPOSIDUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	<b>ETO POSIDUM</b>	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	ZMNIJSZENIE 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 LIMFOEPITELIODALNY
30	FLUDARABINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	FLUDARABINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	FLUDARABINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	FLUDARABINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	FLUDARABINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	FLUDARABINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	FLUDARABINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37	FLUDARABINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38	FLUDARABINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	FLUDARABINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40	FLUDARABINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41	FLUDARABINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42	FLUDARABINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUDARABINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44	FLUDARABINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	FLUDARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	FLUDARABINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	FLUDARABINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	FLUDARABINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	FLUDARABINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	FLUDARABINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
51	FLUDARABINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	FLUDARABINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	FLUDARABINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	FLUDARABINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	FLUDARABINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	FLUDARABINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	FLUDARABINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	FLUDARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	FLUDARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	FLUDARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	FLUDARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	FLUDARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	FLUDARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	FLUDARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	FLUDARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66	FLUDARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUDARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	FLUDARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	FLUDARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	FLUDARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	FLUDARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	FLUDARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	FLUDARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	FLUDARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	FLUDARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	FLUDARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	FLUDARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	FLUDARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	FLUDARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	FLUDARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	FLUDARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	FLUDARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
83	FLUDARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
84	FLUDARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
85	FLUDARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
86	FLUDARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
87	FLUDARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
88	FLUDARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
89	FLUDARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUDARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.26.

**FLUOROURACILUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FLUOROURACILUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	FLUOROURACILUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	FLUOROURACILUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	FLUOROURACILUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	FLUOROURACILUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	FLUOROURACILUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	FLUOROURACILUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	FLUOROURACILUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	FLUOROURACILUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	FLUOROURACILUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	FLUOROURACILUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	FLUOROURACILUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	FLUOROURACILUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	FLUOROURACILUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	FLUOROURACILUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	FLUOROURACILUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	FLUOROURACILUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	FLUOROURACILUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	FLUOROURACILUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	FLUORO URACILUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	FLUORO URACILUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	FLUORO URACILUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	FLUORO URACILUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	FLUORO URACILUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	FLUORO URACILUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	FLUORO URACILUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	FLUORO URACILUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	FLUORO URACILUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	FLUORO URACILUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	FLUORO URACILUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	FLUORO URACILUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	FLUORO URACILUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	FLUORO URACILUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	FLUORO URACILUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	FLUORO URACILUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	FLUORO URACILUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	FLUORO URACILUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	FLUORO URACILUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	FLUORO URACILUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	FLUORO URACILUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	FLUORO URACILUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	FLUORO URACILUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUORO URACILUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	FLUORO URACILUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	FLUORO URACILUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	FLUORO URACILUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	FLUORO URACILUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	FLUORO URACILUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	FLUORO URACILUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	FLUORO URACILUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	FLUORO URACILUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	FLUORO URACILUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	FLUORO URACILUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	FLUORO URACILUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	FLUORO URACILUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	FLUORO URACILUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	FLUORO URACILUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	FLUORO URACILUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	FLUORO URACILUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	FLUORO URACILUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	FLUORO URACILUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	FLUORO URACILUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	FLUORO URACILUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	FLUORO URACILUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	FLUORO URACILUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	FLUORO URACILUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUORO URACILUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	FLUORO URACILUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	FLUORO URACILUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	FLUORO URACILUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	FLUORO URACILUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	FLUORO URACILUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	FLUORO URACILUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	FLUORO URACILUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	FLUORO URACILUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	FLUORO URACILUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	FLUORO URACILUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	FLUORO URACILUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
79	FLUORO URACILUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
80	FLUORO URACILUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
81	FLUORO URACILUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
82	FLUORO URACILUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
83	FLUORO URACILUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
84	FLUORO URACILUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
85	FLUORO URACILUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
86	FLUORO URACILUM	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
87	FLUORO URACILUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	FLUORO URACILUM	C16.0	WPUST
89	FLUORO URACILUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUORO URACILUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	FLUORO URACILUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	FLUORO URACILUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	FLUORO URACILUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	FLUORO URACILUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	FLUORO URACILUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	FLUORO URACILUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	FLUORO URACILUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	FLUORO URACILUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	FLUORO URACILUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	FLUORO URACILUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	FLUORO URACILUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	FLUORO URACILUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	FLUORO URACILUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	FLUORO URACILUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	FLUORO URACILUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	FLUORO URACILUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	FLUORO URACILUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	FLUORO URACILUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	FLUORO URACILUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	FLUORO URACILUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	FLUORO URACILUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	FLUORO URACILUM	C18.7	ESICA
113	FLUORO URACILUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	FLUORO URACILUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	FLUORO URACILUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	FLUORO URACILUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	FLUORO URACILUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	FLUORO URACILUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	FLUORO URACILUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	FLUORO URACILUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	FLUORO URACILUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	FLUORO URACILUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	FLUORO URACILUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	FLUORO URACILUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	FLUORO URACILUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	FLUORO URACILUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	FLUORO URACILUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	FLUORO URACILUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	FLUORO URACILUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	FLUORO URACILUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	FLUORO URACILUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	FLUORO URACILUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	FLUORO URACILUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	FLUORO URACILUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	FLUORO URACILUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	FLUORO URACILUM	C25	NOWOT WÓR 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 WEWNĄTRZWDZIELNICZA TRZUSTKI
142	FLUOROURACILUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	FLUOROURACILUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	FLUOROURACILUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	FLUOROURACILUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	FLUOROURACILUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	FLUOROURACILUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	FLUOROURACILUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	FLUOROURACILUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	FLUOROURACILUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	FLUOROURACILUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	FLUOROURACILUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	FLUOROURACILUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	FLUOROURACILUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	FLUOROURACILUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	FLUOROURACILUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	FLUOROURACILUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	FLUOROURACILUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	FLUOROURACILUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	FLUOROURACILUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	FLUOROURACILUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	FLUOROURACILUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	FLUOROURACILUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	FLUOROURACILUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	FLUOROURACILUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	FLUOROURACILUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	FLUOROURACILUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	FLUOROURACILUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	FLUOROURACILUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	FLUOROURACILUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	FLUOROURACILUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	FLUOROURACILUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	FLUOROURACILUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	FLUOROURACILUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	FLUOROURACILUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	FLUOROURACILUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	FLUOROURACILUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	FLUOROURACILUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	FLUOROURACILUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	FLUOROURACILUM	C51.2	ŁECHTACZKA
181	FLUOROURACILUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	FLUOROURACILUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	FLUOROURACILUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	FLUOROURACILUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	FLUORO URACILUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	FLUORO URACILUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	FLUORO URACILUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	FLUORO URACILUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	FLUORO URACILUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	FLUORO URACILUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	FLUORO URACILUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	FLUORO URACILUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
193	FLUORO URACILUM	C54.3	DNO MACICY
194	FLUORO URACILUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	FLUORO URACILUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	FLUORO URACILUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	FLUORO URACILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	FLUORO URACILUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	FLUORO URACILUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	FLUORO URACILUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
201	FLUORO URACILUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
202	FLUORO URACILUM	C57.3	PRZYMACICZA
203	FLUORO URACILUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	FLUORO URACILUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	FLUORO URACILUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	FLUORO URACILUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	FLUORO URACILUM	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	FLUORO URACILUM	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	FLUORO URACILUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	FLUORO URACILUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	FLUORO URACILUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	FLUORO URACILUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	FLUORO URACILUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	FLUORO URACILUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	FLUORO URACILUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	FLUORO URACILUM	C76.2	BRZUCH
217	FLUORO URACILUM	C76.3	MIEDNICA
218	FLUORO URACILUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	FLUORO URACILUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	FLUORO URACILUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	FLUORO URACILUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	FLUORO URACILUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
223	FLUORO URACILUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	FLUORO URACILUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	FLUORO URACILUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	FLUORO URACILUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	FLUORO URACILUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	FLUORO URACILUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	FLUORO URACILUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	FLUORO URACILUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	FLUORO URACILUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	FLUORO URACILUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	FLUORO URACILUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	FLUORO URACILUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	FLUORO URACILUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	FLUORO URACILUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	FLUORO URACILUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	FLUORO URACILUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	FLUORO URACILUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	FLUORO URACILUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	FLUORO URACILUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	FLUORO URACILUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	FLUORO URACILUM	C97	NOWOTWORZY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	FLUORO URACILUM	D48	NOWOTWORZY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	FLUORO URACILUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	FLUORO URACILUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	FLUORO URACILUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	FLUORO URACILUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
249	FLUORO URACILUM	D48.4	OTRZEWNA
250	FLUORO URACILUM	D48.5	SKÓRA
251	FLUORO URACILUM	D48.6	SUTEK
252	FLUORO URACILUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	FLUORO URACILUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY



Załącznik C.27.

**FULVESTRANT**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FULVESTRANT	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	FULVESTRANT	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	FULVESTRANT	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	FULVESTRANT	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	FULVESTRANT	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	FULVESTRANT	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	FULVESTRANT	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	FULVESTRANT	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	FULVESTRANT	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	FULVESTRANT	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

**GEMCITABINE**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	GEMCITABINE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2.	GEMCITABINE	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
3.	GEMCITABINE	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
4.	GEMCITABINE	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
5.	GEMCITABINE	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
6.	GEMCITABINE	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
7.	GEMCITABINE	C38.4	OPLUCNA
8.	GEMCITABINE	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
9.	GEMCITABINE	C45	MIĘDZYBŁONIAK
10.	GEMCITABINE	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
11.	GEMCITABINE	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
12.	GEMCITABINE	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
13.	GEMCITABINE	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i>
14.	GEMCITABINE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
15.	GEMCITABINE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
16.	GEMCITABINE	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
17.	GEMCITABINE	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18.	GEMCITABINE	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>w przypadku:</i> <i>nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i>
19.	GEMCITABINE	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>w przypadku:</i> <i>nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i>
20.	GEMCITABINE	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
21.	GEMCITABINE	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
22.	GEMCITABINE	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
23.	GEMCITABINE	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
24.	GEMCITABINE	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
25.	GEMCITABINE	C81	CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
26.	GEMCITABINE	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
27.	GEMCITABINE	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
28.	GEMCITABINE	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
29.	GEMCITABINE	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>

Załącznik C.29.

**HYDROXYCARBAMIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	HYDROXYCARBAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
2	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
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	ZMNIJSZENIE 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	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
40	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	HYDROXYCARBAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	HYDROXYCARBAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	HYDROXYCARBAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	HYDROXYCARBAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	HYDROXYCARBAMIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	HYDROXYCARBAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
77	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
78	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	HYDROXYCARBAMIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	HYDROXYCARBAMIDUM	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.3	CECHA SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	HYDROXYCARBAMIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE 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	<b>IDARUBICIN</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
2	<b>IDARUBICIN</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
3	<b>IDARUBICIN</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
4	<b>IDARUBICIN</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
5	<b>IDARUBICIN</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
6	<b>IDARUBICIN</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
7	<b>IDARUBICIN</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
8	<b>IDARUBICIN</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TŁOŃCZA, NIEOKREŚLONE
9	<b>IDARUBICIN</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
10	<b>IDARUBICIN</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
11	<b>IDARUBICIN</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
12	<b>IDARUBICIN</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
13	<b>IDARUBICIN</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
14	<b>IDARUBICIN</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
15	<b>IDARUBICIN</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
16	<b>IDARUBICIN</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
17	<b>IDARUBICIN</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
18	<b>IDARUBICIN</b>	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 DOROŚLYCH 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, KRWIOTWÓRCZEJ 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	<b>IDARUBICIN</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
89	<b>IDARUBICIN</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
90	<b>IDARUBICIN</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
91	<b>IDARUBICIN</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
92	<b>IDARUBICIN</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
93	<b>IDARUBICIN</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
94	<b>IDARUBICIN</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
95	<b>IDARUBICIN</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
96	<b>IDARUBICIN</b>	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	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	IFOSFAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	IFOSFAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	IFOSFAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, 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 SKRZEŁOWA
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 PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	IFOSFAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	IFOSFAMIDUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	IFOSFAMIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	IFOSFAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKIPIERŚCIENIOWATEJ
70	IFOSFAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	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 INNYMI 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 MNIJSZA 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	UCHYLEK 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	IFO SFAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	IFO SFAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	IFO SFAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	IFO SFAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	IFO SFAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	IFO SFAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	IFO SFAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	IFO SFAMIDUM	C18.7	ESICA
104	IFO SFAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	IFO SFAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	IFO SFAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	IFO SFAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	IFO SFAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	IFO SFAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	IFO SFAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	IFO SFAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	IFO SFAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
113	IFO SFAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	IFO SFAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	IFO SFAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	IFO SFAMIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	IFO SFAMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	IFO SFAMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	IFO SFAMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	IFO SFAMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	IFOSFAMIDUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	IFOSFAMIDUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	IFOSFAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	IFOSFAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	IFOSFAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	IFOSFAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, 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 NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH 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 NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
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 PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA 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	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI T WARZY
198	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
205	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
206	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO T KANKI MIĘKKIEJ
207	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
208	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
212	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, T WARZY I SZYI
214	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	<b>IFOSFAMIDUM</b>	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 T KANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	IFOSFAMIDUM	C49.0	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	IFOSFAMIDUM	C49.1	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	IFOSFAMIDUM	C49.2	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	IFOSFAMIDUM	C49.3	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
232	IFOSFAMIDUM	C49.4	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	IFOSFAMIDUM	C49.5	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	IFOSFAMIDUM	C49.6	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	IFOSFAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	IFOSFAMIDUM	C49.9	T KANKA 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	IFOSFAMIDUM	C53	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	IFOSFAMIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	IFOSFAMIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	IFOSFAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	IFOSFAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	IFOSFAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁĘ MACICY
272	IFOSFAMIDUM	C57.3	PRZYMATICZA
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	TROJKĄT 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	IFO SFAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	IFO SFAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	IFO SFAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	IFO SFAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	IFO SFAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
301	IFO SFAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
302	IFO SFAMIDUM	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	IFO SFAMIDUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	IFO SFAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	IFO SFAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	IFO SFAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	IFO SFAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	IFO SFAMIDUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	IFO SFAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
310	IFO SFAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
311	IFO SFAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
312	IFO SFAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	IFO SFAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	IFO SFAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	IFO SFAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
316	IFO SFAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	IFO SFAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	IFO SFAMIDUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	IFO SFAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	IFO SFAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	IFOSFAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	IFOSFAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	IFOSFAMIDUM	C71.0	MÓZGZ 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	MÓZDŻEK
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	KLĘBEK SZYJNY
353	IFOSFAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
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 WNETRZA 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 PACHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
375	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYT NICY
381	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	<b>I F O S F A M I D U M</b>	C81	CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	<b>IFOSFAMIDUM</b>	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 WALDENSTROMA
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 PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
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	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
449	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREKTUCZNYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	IFOSFAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIANA
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, KRWIOTWÓRCZEJ 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, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE

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	IFO SFAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	IFO SFAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	IFO SFAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	IFO SFAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	IFO SFAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	IFO SFAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	IFO SFAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
552	IFO SFAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	IFO SFAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	IFO SFAMIDUM	D13.0	PRZĘLYK
555	IFO SFAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	IFO SFAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	IFO SFAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	IFO SFAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	IFO SFAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	IFO SFAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	IFO SFAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	IFO SFAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	IFO SFAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	IFO SFAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	IFO SFAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	IFO SFAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	IFO SFAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	IFO SFAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	IFO SFAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW 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	PĘCZERZ MOCZOWY
618	IFOSFAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	IFOSFAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
620	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31.0	SPOJÓWKA
623	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31.1	ROGÓWKA
624	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31.2	SIATKÓWKA
625	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	<b>I F O S F A M I D U M</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	<b>I F O S F A M I D U M</b>	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	SZYSZYNKĄ
649	IFOSFAMIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	IFOSFAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
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, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
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	OPLUCNA
673	IFOSFAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
674	IFOSFAMIDUM	D38.4	GRASICA
675	IFOSFAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
676	IFOSFAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
677	IFOSFAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
678	IFOSFAMIDUM	D39.0	MACICA
679	IFOSFAMIDUM	D39.1	JAJNIK
680	IFOSFAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
681	IFOSFAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
682	IFOSFAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
683	IFOSFAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
684	IFOSFAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
685	IFOSFAMIDUM	D40.1	JĄDRO
686	IFOSFAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
687	IFOSFAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
688	IFOSFAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
689	IFOSFAMIDUM	D41.0	NERKA
690	IFOSFAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
691	IFOSFAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
692	IFOSFAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
693	IFOSFAMIDUM	D41.4	PĘCZERZ 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	KLĘBEK SZYJNY
716	IFOSFAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
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	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
727	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
728	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.5	SKÓRA
729	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.6	SUTEK
730	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
740	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

**IRINOTECANUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15	RAK PRZEŁYKU
2.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
3.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
4.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
5.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
6.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
7.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZEŁYKU
8.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZEŁYKU
9.	<b>IRINOTECANUM</b>	C15.9	PRZEŁYK, NIEOKREŚLONY
10.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.0	WPUST
12.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	<b>IRINOTECANUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
22.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE
23.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.7	ESICA
36.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	<b>IRINOTECANUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	<b>IRINOTECANUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
48.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
73.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	<b>IRINOTECANUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY
79.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
100.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	<b>IRINOTECANUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
111.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
112.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
113.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
114.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
115.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
116.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
117.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK
119.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
120.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓWIKOMÓR
123.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
126.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
127.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.6	MÓZDŻEK
129.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	<b>IRINOTECANUM</b>	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	DOŁNA 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.	LANREO TIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	LANREO TIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	LANREO TIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	LANREO TIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	LANREO TIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	LANREO TIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	LANREO TIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	LANREO TIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	LANREO TIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	LANREO TIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	LANREO TIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	LANREO TIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	LANREO TIDUM	C18.7	ESICA
36.	LANREO TIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	LANREO TIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	LANREO TIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	LANREO TIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	LANREO TIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	LANREO TIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	LANREO TIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	LANREO TIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	LANREO TIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	LANREO TIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	LANREO TIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	LANREO TIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	LANREO TIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	LANREO TIDUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	LANREO TIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	LANREO TIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	LANREO TIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	LANREO TIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	LANREO TIDUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	LANREO TIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	LANREO TIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	LANREO TIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	LANREO TIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	LANREO TIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	LANREO TIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	LANREO TIDUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	LANREO TIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	LANREO TIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	LANREO TIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	LANREO TIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
66.	LANREO TIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	LANREO TIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZYWOJOWE
68.	LANREO TIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	LANREO TIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	LANREO TIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	LANREO TIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	LANREO TIDUM	E34.2	EKT OPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	LANREO TIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZ WYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	LANREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

**LANREOTIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

**MELPHALANUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MELPHALANUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	MELPHALANUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	MELPHALANUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	MELPHALANUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	MELPHALANUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	MELPHALANUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	MELPHALANUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	MELPHALANUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	MELPHALANUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	MELPHALANUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	MELPHALANUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	MELPHALANUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	MELPHALANUM	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	MELPHALANUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	MELPHALANUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	MELPHALANUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	MELPHALANUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	MELPHALANUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	MELPHALANUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	MELPHALANUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	MELPHALANUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	MELPHALANUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	MELPHALANUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	MELPHALANUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	MELPHALANUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	MELPHALANUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	MELPHALANUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	MELPHALANUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	MELPHALANUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	MELPHALANUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	MELPHALANUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	MELPHALANUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	MELPHALANUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	MELPHALANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) 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 PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
52.	MELPHALANUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	MELPHALANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	MELPHALANUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	MELPHALANUM	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
56.	MELPHALANUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	MELPHALANUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	MELPHALANUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	MELPHALANUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	MELPHALANUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIAWATYCH
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 WALDENSTROMA
39.	MERCAPTOPURINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	MERCAPTOPURINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	MERCAPTOPURINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	MERCAPTOPURINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	MERCAPTOPURINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	MERCAPTOPURINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
45.	MERCAPTOPURINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	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, KRWIOTWÓRCZEJ 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 BŁASTÓW
94.	MERCAPTOPURINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW 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 (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
107.	MERCAPTOPURINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
108.	MERCAPTOPURINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.41.

**METHOTREXATUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MEIHO TREXATUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	MEIHO TREXATUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	MEIHO TREXATUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	MEIHO TREXATUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	MEIHO TREXATUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	MEIHO TREXATUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	MEIHO TREXATUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	MEIHO TREXATUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	MEIHO TREXATUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	MEIHO TREXATUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	MEIHO TREXATUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	MEIHO TREXATUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	MEIHO TREXATUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	MEIHO TREXATUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	MEIHO TREXATUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	MEIHO TREXATUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	MEIHO TREXATUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	MEIHO TREXATUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	MEIHO TREXATUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	MEIHO TREXATUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	MEIHO TREXATUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	MEIHO TREXATUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	MEIHO TREXATUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	MEIHO TREXATUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	MEIHO TREXATUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	MEIHO TREXATUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	MEIHO TREXATUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	MEIHO TREXATUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	MEIHO TREXATUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	MEIHO TREXATUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	MEIHO TREXATUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	MEIHO TREXATUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	MEIHO TREXATUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	MEIHO TREXATUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	MEIHO TREXATUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	MEIHO TREXATUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	MEIHO TREXATUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	MEIHO TREXATUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	MEIHO TREXATUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	MEIHO TREXATUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	MEIHO TREXATUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	MEIHO TREXATUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	MEIHO TREXATUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	MEIHO TREXATUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	MEIHO TREXATUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MEIHO TREXATUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	MEIHO TREXATUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	MEIHO TREXATUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	MEIHO TREXATUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	MEIHO TREXATUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	MEIHO TREXATUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	MEIHO TREXATUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	MEIHO TREXATUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	MEIHO TREXATUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	MEIHO TREXATUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	MEIHO TREXATUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	MEIHO TREXATUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	MEIHO TREXATUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	MEIHO TREXATUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	MEIHO TREXATUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	MEIHO TREXATUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	MEIHO TREXATUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	MEIHO TREXATUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	MEIHO TREXATUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	MEIHO TREXATUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	MEIHO TREXATUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	MEIHO TREXATUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	MEIHO TREXATUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPARYNX)
69.	MEIHO TREXATUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	MEIHO TREXATUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	MEIHO TREXATUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	MEIHO TREXATUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	MEIHO TREXATUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	MEIHO TREXATUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	MEIHO TREXATUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	MEIHO TREXATUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	MEIHO TREXATUM	C30	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	MEIHO TREXATUM	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	MEIHO TREXATUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	MEIHO TREXATUM	C31	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	MEIHO TREXATUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	MEIHO TREXATUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
83.	MEIHO TREXATUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	MEIHO TREXATUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	MEIHO TREXATUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	MEIHO TREXATUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	MEIHO TREXATUM	C32	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	MEIHO TREXATUM	C32.0	GŁOŚNIA
89.	MEIHO TREXATUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	MEIHO TREXATUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	MEIHO TREXATUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	MEIHO TREXATUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	MEIHO TREXATUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	MEIHO TREXATUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	MEIHO TREXATUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	MEIHO TREXATUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	MEIHO TREXATUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	MEIHO TREXATUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	MEIHO TREXATUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	MEIHO TREXATUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	MEIHO TREXATUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
102.	MEIHO TREXATUM	C38.0	SERCE
103.	MEIHO TREXATUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	MEIHO TREXATUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	MEIHO TREXATUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	MEIHO TREXATUM	C38.4	OPLUCNA
107.	MEIHO TREXATUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
108.	MEIHO TREXATUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	MEIHO TREXATUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	MEIHO TREXATUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	MEIHO TREXATUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	MEIHO TREXATUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	MEIHO TREXATUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	MEIHO TREXATUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	MEIHO TREXATUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	MEIHO TREXATUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	MEIHO TREXATUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	MEIHO TREXATUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	MEIHO TREXATUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	MEIHO TREXATUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	MEIHO TREXATUM	C41.1	ŻUCHWA
122.	MEIHO TREXATUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	MEIHO TREXATUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	MEIHO TREXATUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	MEIHO TREXATUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	MEIHO TREXATUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	MEIHO TREXATUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	MEIHO TREXATUM	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	MEIHO TREXATUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	MEIHO TREXATUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	MEIHO TREXATUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	MEIHO TREXATUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	MEIHO TREXATUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	MEIHO TREXATUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	MEIHO TREXATUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	MEIHO TREXATUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	MEIHO TREXATUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	MEIHO TREXATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	MEIHO TREXATUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	MEIHO TREXATUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	MEIHO TREXATUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	MEIHO TREXATUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	MEIHO TREXATUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	MEIHO TREXATUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	MEIHO TREXATUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	MEIHO TREXATUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	MEIHO TREXATUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	MEIHO TREXATUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	MEIHO TREXATUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	MEIHO TREXATUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	MEIHO TREXATUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	MEIHO TREXATUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	MEIHO TREXATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	MEIHO TREXATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	MEIHO TREXATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	MEIHO TREXATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	MEIHO TREXATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	MEIHO TREXATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	MEIHO TREXATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	MEIHO TREXATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	MEIHO TREXATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	MEIHO TREXATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	MEIHO TREXATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	MEIHO TREXATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	MEIHO TREXATUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	MEIHO TREXATUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	MEIHO TREXATUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	MEIHO TREXATUM	C57.3	PRZYMACICZA
169.	MEIHO TREXATUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	MEIHO TREXATUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	MEIHO TREXATUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	MEIHO TREXATUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	MEIHO TREXATUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	MEIHO TREXATUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	MEIHO TREXATUM	C60.0	NAPLETEK
176.	MEIHO TREXATUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	MEIHO TREXATUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	MEIHO TREXATUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	MEIHO TREXATUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	MEIHO TREXATUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	MEIHO TREXATUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	MEIHO TREXATUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	MEIHO TREXATUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	MEIHO TREXATUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	MEIHO TREXATUM	C63.0	NAJĄDRZE
186.	MEIHO TREXATUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	MEIHO TREXATUM	C63.2	MOSZNA
188.	MEIHO TREXATUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	MEIHO TREXATUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	MEIHO TREXATUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	MEIHO TREXATUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	MEIHO TREXATUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
193.	MEIHO TREXATUM	C67.0	T RÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
194.	MEIHO TREXATUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	MEIHO TREXATUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	MEIHO TREXATUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	MEIHO TREXATUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	MEIHO TREXATUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	MEIHO TREXATUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	MEIHO TREXATUM	C67.7	MOCZOWNIK
201.	MEIHO TREXATUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	MEIHO TREXATUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	MEIHO TREXATUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	MEIHO TREXATUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	MEIHO TREXATUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	MEIHO TREXATUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	MEIHO TREXATUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	MEIHO TREXATUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	MEIHO TREXATUM	C71.6	MÓZDŻEK
210.	MEIHO TREXATUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	MEIHO TREXATUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	MEIHO TREXATUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	MEIHO TREXATUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	MEIHO TREXATUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	MEIHO TREXATUM	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	MEIHO TREXATUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	MEIHO TREXATUM	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	MEIHO TREXATUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	MEIHO TREXATUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	MEIHO TREXATUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	MEIHO TREXATUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	MEIHO TREXATUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
223.	MEIHO TREXATUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	MEIHO TREXATUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	MEIHO TREXATUM	C76.2	BRZUCH
226.	MEIHO TREXATUM	C76.3	MIEDNICA
227.	MEIHO TREXATUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	MEIHO TREXATUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	MEIHO TREXATUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	MEIHO TREXATUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	MEIHO TREXATUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	MEIHO TREXATUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	MEIHO TREXATUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	MEIHO TREXATUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	MEIHO TREXATUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	MEIHO TREXATUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	MEIHO TREXATUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	MEIHO TREXATUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	MEIHO TREXATUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	MEIHO TREXATUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	MEIHO TREXATUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	MEIHO TREXATUM	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	MEIHO TREXATUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	MEIHO TREXATUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	MEIHO TREXATUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	MEIHO TREXATUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	MEIHO TREXATUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	MEIHO TREXATUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	MEIHO TREXATUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	MEIHO TREXATUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	MEIHO TREXATUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	MEIHO TREXATUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	MEIHO TREXATUM	C82.7	INNE POST ACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	MEIHO TREXATUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	MEIHO TREXATUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	MEIHO TREXATUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	MEIHO TREXATUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	MEIHO TREXATUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	MEIHO TREXATUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	MEIHO TREXATUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	MEIHO TREXATUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	MEIHO TREXATUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	MEIHO TREXATUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
264.	MEIHO TREXATUM	C83.8	INNE POST ACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	MEIHO TREXATUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	MEIHO TREXATUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	MEIHO TREXATUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	MEIHO TREXATUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	MEIHO TREXATUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	MEIHO TREXATUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	MEIHO TREXATUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	MEIHO TREXATUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	MEIHO TREXATUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	MEIHO TREXATUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
275.	MEIHO TREXATUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	MEIHO TREXATUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	MEIHO TREXATUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	MEIHO TREXATUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	MEIHO TREXATUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	MEIHO TREXATUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	MEIHO TREXATUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	MEIHO TREXATUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	MEIHO TREXATUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	MEIHO TREXATUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	MEIHO TREXATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
286.	MEIHO TREXATUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	MEIHO TREXATUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
288.	MEIHO TREXATUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	MEIHO TREXATUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	MEIHO TREXATUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	MEIHO TREXATUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	MEIHO TREXATUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
293.	MEIHO TREXATUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	MEIHO TREXATUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	MEIHO TREXATUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	MEIHO TREXATUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	MEIHO TREXATUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	MEIHO TREXATUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	MEIHO TREXATUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	MEIHO TREXATUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	MEIHO TREXATUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	MEIHO TREXATUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	MEIHO TREXATUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	MEIHO TREXATUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	MEIHO TREXATUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	MEIHO TREXATUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	MEIHO TREXATUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	MEIHO TREXATUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	MEIHO TREXATUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	MEIHO TREXATUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	MEIHO TREXATUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	MEIHO TREXATUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	MEIHO TREXATUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	MEIHO TREXATUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	MEIHO TREXATUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	MEIHO TREXATUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	MEIHO TREXATUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	MEIHO TREXATUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	MEIHO TREXATUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	MEIHO TREXATUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	MEIHO TREXATUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	MEIHO TREXATUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	MEIHO TREXATUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	MEIHO TREXATUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	MEIHO TREXATUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	MEIHO TREXATUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	MEIHO TREXATUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	MEIHO TREXATUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	MEIHO TREXATUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	MEIHO TREXATUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	MEIHO TREXATUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	MEIHO TREXATUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	MEIHO TREXATUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	MEIHO TREXATUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	MEIHO TREXATUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	MEIHO TREXATUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	MEIHO TREXATUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	MEIHO TREXATUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	MEIHO TREXATUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	MEIHO TREXATUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	MEIHO TREXATUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
342.	MEIHO TREXATUM	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	MEIHO TREXATUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	MEIHO TREXATUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	MEIHO TREXATUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	MEIHO TREXATUM	D39.0	MACICA
347.	MEIHO TREXATUM	D39.1	JAJNIK
348.	MEIHO TREXATUM	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	MEIHO TREXATUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	MEIHO TREXATUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	MEIHO TREXATUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	MEIHO TREXATUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	MEIHO TREXATUM	D40.1	JĄDRO
354.	MEIHO TREXATUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	MEIHO TREXATUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	MEIHO TREXATUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	MEIHO TREXATUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	MEIHO TREXATUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	MEIHO TREXATUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	MEIHO TREXATUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	MEIHO TREXATUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
362.	MEIHO TREXATUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
363.	MEIHO TREXATUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	MEIHO TREXATUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	MEIHO TREXATUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	MEIHO TREXATUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	MEIHO TREXATUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	MEIHO TREXATUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	MEIHO TREXATUM	D44.5	SZYSZYNKI
370.	MEIHO TREXATUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	MEIHO TREXATUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
372.	MEIHO TREXATUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	MEIHO TREXATUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	MEIHO TREXATUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁYCH KRWIŃ
375.	MEIHO TREXATUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁYCH KRWIŃ Z TRANSFORMACJĄ
376.	MEIHO TREXATUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	MEIHO TREXATUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
378.	MEIHO TREXATUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	MEIHO TREXATUM	D48	NOWOTWORZY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	MEIHO TREXATUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	MEIHO TREXATUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	MEIHO TREXATUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	MEIHO TREXATUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
384.	MEIHO TREXATUM	D48.4	OTRZEWNA
385.	MEIHO TREXATUM	D48.5	SKÓRA
386.	MEIHO TREXATUM	D48.6	SUTEK
387.	MEIHO TREXATUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	MEIHO TREXATUM	D48.9	NOWOTWORZY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	MEIHO TREXATUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
390.	MEIHO TREXATUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	MEIHO TREXATUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	MEIHO TREXATUM	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIAWATYCH
402.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	<b>MEIHO TREXATUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.43.

**MITOTANUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MITO TANUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	MITO TANUM	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	MITO TANUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	MITO TANUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	MITO TANUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	MITO TANUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	MITO TANUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	MITO TANUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	MITO TANUM	C75.3	SZYSZYŃKA
10.	MITO TANUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	MITO TANUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
12.	MITO TANUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	MITO TANUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY



Załącznik C.45.a.

**OCTREOTIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	OCTREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	OCTREOTIDUM	C16.0	WPUST
3.	OCTREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	OCTREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	OCTREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	OCTREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	OCTREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	OCTREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	OCTREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	OCTREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	OCTREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	OCTREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	OCTREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	OCTREOTIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	OCTREOTIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	OCTREOTIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	OCTREOTIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	OCTREOTIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	OCTREOTIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	OCTREOTIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	OCTREOTIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	OCTREOTIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	OCTREOTIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
24.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.7	ESICA
27.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
38.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
51.	OCTREOTIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	OCTREOTIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	OCTREOTIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	OCTREOTIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	OCTREOTIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	OCTREOTIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
57.	OCTREOTIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	OCTREOTIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
59.	OCTREOTIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	OCTREOTIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	OCTREOTIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	OCTREOTIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	OCTREOTIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	OCTREOTIDUM	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	OCTREOTIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszyńki i progerii</i>
66.	OCTREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

**OCTREOTIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OCTREOTIDUM</b>	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.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.0	WPUST
3.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA
13.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE
14.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
21.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.7	ESICA
27.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
46.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.46.b.

**OXALIPLATIN**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OXALIPLATIN</b>	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU
2.	<b>OXALIPLATIN</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	<b>OXALIPLATIN</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
4.	<b>OXALIPLATIN</b>	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
5.	<b>OXALIPLATIN</b>	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
6.	<b>OXALIPLATIN</b>	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
7.	<b>OXALIPLATIN</b>	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
8.	<b>OXALIPLATIN</b>	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
9.	<b>OXALIPLATIN</b>	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
10.	<b>OXALIPLATIN</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
11.	<b>OXALIPLATIN</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
12.	<b>OXALIPLATIN</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
13.	<b>OXALIPLATIN</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
14.	<b>OXALIPLATIN</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
15.	<b>OXALIPLATIN</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
16.	<b>OXALIPLATIN</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
17.	<b>OXALIPLATIN</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
18.	<b>OXALIPLATIN</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
19.	<b>OXALIPLATIN</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
20.	<b>OXALIPLATIN</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
21.	<b>OXALIPLATIN</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
22.	<b>OXALIPLATIN</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
24.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
25.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
26.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
27.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
28.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
29.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
30.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
31.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
32.	<b>OXALIPLATIN</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
33.	<b>OXALIPLATIN</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
34.	<b>OXALIPLATIN</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
35.	<b>OXALIPLATIN</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
36.	<b>OXALIPLATIN</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
37.	<b>OXALIPLATIN</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
38.	<b>OXALIPLATIN</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
39.	<b>OXALIPLATIN</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
40.	<b>OXALIPLATIN</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
41.	<b>OXALIPLATIN</b>	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
42.	<b>OXALIPLATIN</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
43.	<b>OXALIPLATIN</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
44.	<b>OXALIPLATIN</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
45.	<b>OXALIPLATIN</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
46.	<b>OXALIPLATIN</b>	C88.4	CHŁONIAK TYPU MALT

Załącznik C.47.

**PACLITAXEL**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>PACLITAXEL</b>	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	<b>PACLITAXEL</b>	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	<b>PACLITAXEL</b>	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	<b>PACLITAXEL</b>	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	<b>PACLITAXEL</b>	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	<b>PACLITAXEL</b>	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	<b>PACLITAXEL</b>	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	<b>PACLITAXEL</b>	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	<b>PACLITAXEL</b>	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	<b>PACLITAXEL</b>	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	<b>PACLITAXEL</b>	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	<b>PACLITAXEL</b>	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	<b>PACLITAXEL</b>	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO
14.	<b>PACLITAXEL</b>	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	<b>PACLITAXEL</b>	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	<b>PACLITAXEL</b>	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	<b>PACLITAXEL</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
18.	<b>PACLITAXEL</b>	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
19.	<b>PACLITAXEL</b>	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
20.	<b>PACLITAXEL</b>	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
21.	<b>PACLITAXEL</b>	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
22.	<b>PACLITAXEL</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
23.	<b>PACLITAXEL</b>	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPERSIA I OPŁUCNEJ
24.	<b>PACLITAXEL</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
25.	<b>PACLITAXEL</b>	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
26.	<b>PACLITAXEL</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
27.	<b>PACLITAXEL</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
28.	<b>PACLITAXEL</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
29.	<b>PACLITAXEL</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
30.	<b>PACLITAXEL</b>	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
31.	<b>PACLITAXEL</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	<b>PACLITAXEL</b>	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
33.	<b>PACLITAXEL</b>	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
34.	<b>PACLITAXEL</b>	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
35.	<b>PACLITAXEL</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
36.	<b>PACLITAXEL</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
37.	<b>PACLITAXEL</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
38.	<b>PACLITAXEL</b>	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA

Załącznik C.48.

**PEGASPARGASUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
16.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	PEGASPARGASUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	PEGASPARGASUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	PEGASPARGASUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	PEGASPARGASUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	PEGASPARGASUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	PEGASPARGASUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	PEGASPARGASUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	PEGASPARGASUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
27.	PEGASPARGASUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	PEGASPARGASUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	PEGASPARGASUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	PEGASPARGASUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	PEGASPARGASUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
32.	PEGASPARGASUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
33.	PEGASPARGASUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
34.	PEGASPARGASUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
35.	PEGASPARGASUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
36.	PEGASPARGASUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
37.	PEGASPARGASUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	PEGASPARGASUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
39.	PEGASPARGASUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	PEGASPARGASUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
41.	PEGASPARGASUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
42.	PEGASPARGASUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
44.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
45.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
46.	<b>PEGASPARGASUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	<b>PEGASPARGASUM</b>	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.	<b>PEMETREKSED</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:</i> 1) <i>gruczolakoraka płuca lub</i> 2) <i>wielkomórkowego raka płuca, lub</i> 3) <i>niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych</i>
2.	<b>PEMETREKSED</b>	C45	MIĘDZYBŁONIAK



Załącznik C.51.

**RITUXIMABUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RITUXIMABUM	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	RITUXIMABUM	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	RITUXIMABUM	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	RITUXIMABUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	RITUXIMABUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	RITUXIMABUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	RITUXIMABUM	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	RITUXIMABUM	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	RITUXIMABUM	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	RITUXIMABUM	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	RITUXIMABUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	RITUXIMABUM	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	RITUXIMABUM	C83.7	GUZ BURKITTA
14.	RITUXIMABUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
15.	RITUXIMABUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
16.	RITUXIMABUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
17.	RITUXIMABUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
18.	RITUXIMABUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
19.	RITUXIMABUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
20.	RITUXIMABUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
21.	RITUXIMABUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

**TAMOXIFENUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TAMO XIFENUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	TAMO XIFENUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	TAMO XIFENUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	TAMO XIFENUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	TAMO XIFENUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	TAMO XIFENUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	TAMO XIFENUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	TAMO XIFENUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	TAMO XIFENUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	TAMO XIFENUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	TAMO XIFENUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	TAMO XIFENUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	TAMO XIFENUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	TAMO XIFENUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	TAMO XIFENUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	TAMO XIFENUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	TAMO XIFENUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	TAMO XIFENUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	TAMO XIFENUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	TAMO XIFENUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	TAMO XIFENUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	TAMO XIFENUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	TAMO XIFENUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	TAMO XIFENUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	TAMO XIFENUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	TAMO XIFENUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	TAMO XIFENUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	TAMO XIFENUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	TAMO XIFENUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	TAMO XIFENUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	TAMO XIFENUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	TAMO XIFENUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	TAMO XIFENUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	TAMO XIFENUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	TAMO XIFENUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	TAMO XIFENUM	C54.3	DNO MACICY
37.	TAMO XIFENUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	TAMO XIFENUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	TAMO XIFENUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	TAMO XIFENUM	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	TAMO XIFENUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	TAMO XIFENUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	<b>TAMO XIFENUM</b>	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	<b>TAMO XIFENUM</b>	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	<b>TAMO XIFENUM</b>	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	<b>TAMO XIFENUM</b>	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	<b>TAMO XIFENUM</b>	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.56.

**TIOGUANINUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	<b>TIOGUANINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA
32.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
44.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.0	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.2	PODOST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.4	OST RA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.5	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.0	OST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.2	PODOST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.0	OST RA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLAST YCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.2	OST RA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK T UCZNYCH
66.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.4	OST RA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	<b>TIO GUANINUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.1.

**TOPOTECANUM p.o.**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY 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 OPLUCNEJ
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	OPLUCNA
14.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
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.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
42.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	<b>TO PO TEC ANUM</b> wstrzyknięcie	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	<b>TO PO TEC ANUM</b> 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.	VINCRI STINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINCRI STINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINCRI STINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	VINCRI STINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINCRI STINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINCRI STINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINCRI STINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINCRI STINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINCRI STINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINCRI STINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINCRI STINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINCRI STINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINCRI STINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINCRI STINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINCRI STINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINCRI STINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINCRI STINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINCRI STINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINCRI STINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINCRI STINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINCRI STINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINCRI STINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINCRI STINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	VINCRI STINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINCRI STINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINCRI STINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINCRI STINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINCRI STINUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINCRI STINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINCRI STINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	VINCRI STINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINCRI STINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINCRI STINUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINCRI STINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINCRI STINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINCRI STINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINCRI STINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINCRI STINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINCRI STINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINCRI STINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINCRI STINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINCRI STINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINCRI STINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINCRI STINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINCRI STINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINCRI STINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINCRI STINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	VINCRI STINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINCRI STINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINCRI STINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINCRI STINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINCRI STINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	VINCRI STINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	VINCRI STINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINCRI STINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINCRI STINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	VINCRI STINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINCRI STINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINCRI STINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINCRI STINUM	C16.0	WPUST
80.	VINCRI STINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINCRI STINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINCRI STINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINCRI STINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINCRI STINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINCRI STINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINCRI STINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINCRI STINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINCRI STINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINCRI STINUM	C17.0	DWUNASTNICA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
90.	VINCRI STI NUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINCRI STI NUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINCRI STI NUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINCRI STI NUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINCRI STI NUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINCRI STI NUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINCRI STI NUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINCRI STI NUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINCRI STI NUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINCRI STI NUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINCRI STI NUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINCRI STI NUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINCRI STI NUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103.	VINCRI STI NUM	C18.7	ESICA
104.	VINCRI STI NUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINCRI STI NUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINCRI STI NUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINCRI STI NUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINCRI STI NUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINCRI STI NUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINCRI STI NUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	VINCRI STI NUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	VINCRI STI NUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINCRI STI NUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
114.	VINCRI STINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINCRI STINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	VINCRI STINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	VINCRI STINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	VINCRI STINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	VINCRI STINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	VINCRI STINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	VINCRI STINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122.	VINCRI STINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123.	VINCRI STINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124.	VINCRI STINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINCRI STINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126.	VINCRI STINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINCRI STINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINCRI STINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINCRI STINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	VINCRI STINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINCRI STINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINCRI STINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINCRI STINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINCRI STINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINCRI STINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINCRI STINUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
137.	VINCRI STINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINCRI STINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINCRI STINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINCRI STINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINCRI STINUM	C30	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINCRI STINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINCRI STINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINCRI STINUM	C31	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINCRI STINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINCRI STINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINCRI STINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINCRI STINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINCRI STINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINCRI STINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINCRI STINUM	C33	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINCRI STINUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINCRI STINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINCRI STINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINCRI STINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINCRI STINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	VINCRI STINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINCRI STINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINCRI STINUM	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINCRI STINUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
161.	VINCRI STINUM	C38.0	SERCE
162.	VINCRI STINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	VINCRI STINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	VINCRI STINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINCRI STINUM	C38.4	OPŁUCNA
166.	VINCRI STINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167.	VINCRI STINUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINCRI STINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINCRI STINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINCRI STINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINCRI STINUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINCRI STINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	VINCRI STINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	VINCRI STINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	VINCRI STINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	VINCRI STINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINCRI STINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINCRI STINUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINCRI STINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINCRI STINUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINCRI STINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINCRI STINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	VINCRI STI NUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINCRI STI NUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINCRI STI NUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINCRI STI NUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINCRI STI NUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINCRI STI NUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINCRI STI NUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINCRI STI NUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINCRI STI NUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINCRI STI NUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINCRI STI NUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINCRI STI NUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINCRI STI NUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINCRI STI NUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINCRI STI NUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	VINCRI STI NUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	VINCRI STI NUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	VINCRI STI NUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	VINCRI STI NUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	VINCRI STI NUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	VINCRI STI NUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
204.	VINCRI STI NUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
205.	VINCRI STI NUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	VINCRI STI NUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	VINCRI STINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	VINCRI STINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	VINCRI STINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	VINCRI STINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
211.	VINCRI STINUM	C47	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	VINCRI STINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	VINCRI STINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	VINCRI STINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	VINCRI STINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	VINCRI STINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	VINCRI STINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	VINCRI STINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	VINCRI STINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	VINCRI STINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	VINCRI STINUM	C48.	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	VINCRI STINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	VINCRI STINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	VINCRI STINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	VINCRI STINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	VINCRI STINUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	VINCRI STINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	VINCRI STINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
229.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUT KA
237.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OT OCZKA BRODAWKI SUT KOWEJ
238.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUT KA
239.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.2	ĆWIART KA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUT KA
240.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.3	ĆWIART KA DOLNA WEWNĘTRZNA SUT KA
241.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.4	ĆWIART KA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
242.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.5	ĆWIART KA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
243.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUT KA
244.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUT KA
245.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.2	ŁECHT ACZKA
250.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	VINCRI STINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	VINCRI STINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	VINCRI STINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	VINCRI STINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	VINCRI STINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	VINCRI STINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	VINCRI STINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	VINCRI STINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	VINCRI STINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	VINCRI STINUM	C54.3	DNO MACICY
263.	VINCRI STINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	VINCRI STINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	VINCRI STINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	VINCRI STINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	VINCRI STINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	VINCRI STINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	VINCRI STINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	VINCRI STINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	VINCRI STINUM	C57.3	PRZYMACICZA
272.	VINCRI STINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	VINCRI STINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	VINCRI STINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	VINCRI STINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	VINCRI STINUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
277.	VINCRI STI NUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	VINCRI STI NUM	C60.0	NAPLETEK
279.	VINCRI STI NUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	VINCRI STI NUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	VINCRI STI NUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	VINCRI STI NUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	VINCRI STI NUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	VINCRI STI NUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	VINCRI STI NUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	VINCRI STI NUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	VINCRI STI NUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	VINCRI STI NUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	VINCRI STI NUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	VINCRI STI NUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	VINCRI STI NUM	C63.2	MOSZNA
292.	VINCRI STI NUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	VINCRI STI NUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	VINCRI STI NUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	VINCRI STI NUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	VINCRI STI NUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	VINCRI STI NUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	VINCRI STI NUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
299.	VINCRI STI NUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
300.	VINCRI STI NUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
301.	VINCRI STINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	VINCRI STINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	VINCRI STINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	VINCRI STINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	VINCRI STINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	VINCRI STINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	VINCRI STINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	VINCRI STINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	VINCRI STINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	VINCRI STINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	VINCRI STINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	VINCRI STINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	VINCRI STINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	VINCRI STINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	VINCRI STINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	VINCRI STINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	VINCRI STINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	VINCRI STINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	VINCRI STINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	VINCRI STINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	VINCRI STINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	VINCRI STINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	VINCRI STINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	VINCRI STINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
325.	VINCRI STINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	VINCRI STINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	VINCRI STINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	VINCRI STINUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	VINCRI STINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	VINCRI STINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	VINCRI STINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	VINCRI STINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	VINCRI STINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	VINCRI STINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	VINCRI STINUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	VINCRI STINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	VINCRI STINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	VINCRI STINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	VINCRI STINUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	VINCRI STINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	VINCRI STINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	VINCRI STINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	VINCRI STINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	VINCRI STINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	VINCRI STINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	VINCRI STINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	VINCRI STINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
348.	VINCRI STINUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	VINCRI STINUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	VINCRI STINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	VINCRI STINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	VINCRI STINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	VINCRI STINUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	VINCRI STINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYT ARCZOWY
355.	VINCRI STINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	VINCRI STINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	VINCRI STINUM	C75.3	SZYSZYNKA
358.	VINCRI STINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	VINCRI STINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	VINCRI STINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	VINCRI STINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	VINCRI STINUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	VINCRI STINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	VINCRI STINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	VINCRI STINUM	C76.2	BRZUCH
366.	VINCRI STINUM	C76.3	MIEDNICA
367.	VINCRI STINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	VINCRI STINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	VINCRI STINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	VINCRI STINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371.	VINCRI STINUM	C77	WT ÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	VINCRI STINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	VINCRI STINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	VINCRI STINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	VINCRI STINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	VINCRI STINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	VINCRI STINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	VINCRI STINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	VINCRI STINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	VINCRI STINUM	C78	WT ÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
381.	VINCRI STINUM	C78.0	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	VINCRI STINUM	C78.1	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	VINCRI STINUM	C78.2	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	VINCRI STINUM	C78.3	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	VINCRI STINUM	C78.4	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	VINCRI STINUM	C78.5	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	VINCRI STINUM	C78.6	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	VINCRI STINUM	C78.7	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	VINCRI STINUM	C78.8	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	VINCRI STINUM	C79	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	VINCRI STINUM	C79.0	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	VINCRI STINUM	C79.1	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	VINCRI STINUM	C79.2	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	VINCRI STINUM	C79.3	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	VINCRI STINUM	C79.4	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	VINCRI STINUM	C79.5	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	VINCRI STINUM	C79.6	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	VINCRI STINUM	C79.7	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	VINCRI STINUM	C79.8	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	VINCRI STINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	VINCRI STINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	VINCRI STINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	VINCRI STINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	VINCRI STINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	VINCRI STINUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	VINCRI STINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	VINCRI STINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	VINCRI STINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	VINCRI STINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	VINCRI STINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	VINCRI STINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	VINCRI STINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	VINCRI STINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	VINCRI STINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	VINCRI STINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	VINCRI STI NUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	VINCRI STI NUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	VINCRI STI NUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	VINCRI STI NUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	VINCRI STI NUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	VINCRI STI NUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	VINCRI STI NUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	VINCRI STI NUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	VINCRI STI NUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	VINCRI STI NUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	VINCRI STI NUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	VINCRI STI NUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	VINCRI STI NUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	VINCRI STI NUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	VINCRI STI NUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	VINCRI STI NUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	VINCRI STI NUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	VINCRI STI NUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
434.	VINCRI STI NUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	VINCRI STI NUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	VINCRI STI NUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	VINCRI STI NUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	VINCRI STI NUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
439.	VINCRI STI NUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	VINCRI STINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	VINCRI STINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	VINCRI STINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	VINCRI STINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	VINCRI STINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	VINCRI STINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	VINCRI STINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	VINCRI STINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	VINCRI STINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	VINCRI STINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	VINCRI STINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	VINCRI STINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	VINCRI STINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	VINCRI STINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	VINCRI STINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚŁYCH Z KOMÓREK T
455.	VINCRI STINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	VINCRI STINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	VINCRI STINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	VINCRI STINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	VINCRI STINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	VINCRI STINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	VINCRI STINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	VINCRI STINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	VINCRI STINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	VINCRI STINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	VINCRI STINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	VINCRI STINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	VINCRI STINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	VINCRI STINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	VINCRI STINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	VINCRI STINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	VINCRI STINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	VINCRI STINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	VINCRI STINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	VINCRI STINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	VINCRI STINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	VINCRI STINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	VINCRI STINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	VINCRI STINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	VINCRI STINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	VINCRI STINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	VINCRI STINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	VINCRI STINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	VINCRI STINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	VINCRI STINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	VINCRI STINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	VINCRI STINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY T KANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
487.	VINCRI STI NUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	VINCRI STI NUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	VINCRI STI NUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	VINCRI STI NUM	C96.3	PRAWDZIWIY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	VINCRI STI NUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	VINCRI STI NUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	VINCRI STI NUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	VINCRI STI NUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	VINCRI STI NUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	VINCRI STI NUM	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	VINCRI STI NUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	VINCRI STI NUM	D01.2	ODBYTNICA
499.	VINCRI STI NUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	VINCRI STI NUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	VINCRI STI NUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
502.	VINCRI STI NUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	VINCRI STI NUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	VINCRI STI NUM	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	VINCRI STI NUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	VINCRI STI NUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	VINCRI STI NUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	VINCRI STI NUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	VINCRI STI NUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
510.	VINCRI STINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	VINCRI STINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINCRI STINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINCRI STINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	VINCRI STINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	VINCRI STINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	VINCRI STINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	VINCRI STINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	VINCRI STINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	VINCRI STINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	VINCRI STINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	VINCRI STINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	VINCRI STINUM	D07.1	SROM
523.	VINCRI STINUM	D07.2	POCHWA
524.	VINCRI STINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	VINCRI STINUM	D07.4	PRĄCIE
526.	VINCRI STINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	VINCRI STINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	VINCRI STINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	VINCRI STINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
530.	VINCRI STINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	VINCRI STINUM	D09.2	OKO
532.	VINCRI STINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	VINCRI STINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
534.	VINCRI STINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	VINCRI STINUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	VINCRI STINUM	D10.0	WARGA
537.	VINCRI STINUM	D10.1	JĘZYK
538.	VINCRI STINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	VINCRI STINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	VINCRI STINUM	D10.4	MIGDAŁEK
541.	VINCRI STINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	VINCRI STINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	VINCRI STINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	VINCRI STINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	VINCRI STINUM	D11	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	VINCRI STINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	VINCRI STINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	VINCRI STINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	VINCRI STINUM	D12	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	VINCRI STINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	VINCRI STINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	VINCRI STINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	VINCRI STINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	VINCRI STINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	VINCRI STINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	VINCRI STINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	VINCRI STINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	VINCRI STI NUM	D12.8	ODBYTNICA
559.	VINCRI STI NUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	VINCRI STI NUM	D13	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	VINCRI STI NUM	D13.0	PRZEŁYK
562.	VINCRI STI NUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	VINCRI STI NUM	D13.2	DWUNASTNICA
564.	VINCRI STI NUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	VINCRI STI NUM	D13.4	WĄTROBA
566.	VINCRI STI NUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
567.	VINCRI STI NUM	D13.6	TRZUSTKA
568.	VINCRI STI NUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	VINCRI STI NUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	VINCRI STI NUM	D14	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	VINCRI STI NUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	VINCRI STI NUM	D14.1	KRTAŃ
573.	VINCRI STI NUM	D14.2	TCHAWICA
574.	VINCRI STI NUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	VINCRI STI NUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	VINCRI STI NUM	D15	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	VINCRI STI NUM	D15.0	GRASICA
578.	VINCRI STI NUM	D15.1	SERCE
579.	VINCRI STI NUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
580.	VINCRI STI NUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
581.	<b>VINCRI STINUM</b>	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.5	ŻUCHWA
589.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	<b>VINCRI STINUM</b>	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	<b>VINCRI STINUM</b>	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	<b>VINCRI STINUM</b>	D18.0	NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	<b>VINCRI STINUM</b>	D18.1	NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	<b>VINCRI STINUM</b>	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	<b>VINCRI STINUM</b>	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	<b>VINCRI STINUM</b>	D20.1	OTRZEWNA
599.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	<b>VINCRI STINUM</b>	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
603.	VINCRI STINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	VINCRI STINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	VINCRI STINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	VINCRI STINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	VINCRI STINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	VINCRI STINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	VINCRI STINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	VINCRI STINUM	D28.0	SROM
611.	VINCRI STINUM	D28.1	POCHWA
612.	VINCRI STINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	VINCRI STINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	VINCRI STINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	VINCRI STINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	VINCRI STINUM	D29.0	PRĄCIE
617.	VINCRI STINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	VINCRI STINUM	D29.2	JĄDRO
619.	VINCRI STINUM	D29.3	NAJĄDRZE
620.	VINCRI STINUM	D29.4	MOSZNA
621.	VINCRI STINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	VINCRI STINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	VINCRI STINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	VINCRI STINUM	D30.0	NERKA
625.	VINCRI STINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	VINCRI STINUM	D30.2	MOCZOWÓD

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
627.	VINCRI STINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	VINCRI STINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	VINCRI STINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	VINCRI STINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	VINCRI STINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	VINCRI STINUM	D31.0	SPOJÓWKA
633.	VINCRI STINUM	D31.1	ROGÓWKA
634.	VINCRI STINUM	D31.2	SIATKÓWKA
635.	VINCRI STINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	VINCRI STINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	VINCRI STINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	VINCRI STINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	VINCRI STINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	VINCRI STINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	VINCRI STINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	VINCRI STINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	VINCRI STINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	VINCRI STINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	VINCRI STINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	VINCRI STINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	VINCRI STINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	VINCRI STINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	VINCRI STINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	VINCRI STINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
651.	VINCRI STI NUM	D33.9	CENTRALNY SYST EMNERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	VINCRI STI NUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR T ARCZYCY
653.	VINCRI STI NUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	VINCRI STI NUM	D35.0	NADNERCZA
655.	VINCRI STI NUM	D35.1	PRZYT ARCZYCE
656.	VINCRI STI NUM	D35.2	PRZYSADKA
657.	VINCRI STI NUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	VINCRI STI NUM	D35.4	SZYSZYNK A
659.	VINCRI STI NUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	VINCRI STI NUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
661.	VINCRI STI NUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁ Y WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	VINCRI STI NUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	VINCRI STI NUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	VINCRI STI NUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	VINCRI STI NUM	D36.0	WĘZŁ Y CHŁONNE
666.	VINCRI STI NUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	VINCRI STI NUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	VINCRI STI NUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	VINCRI STI NUM	D37	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY UST NEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	VINCRI STI NUM	D37.0	WARGA, JAMA UST NA I GARDŁO
671.	VINCRI STI NUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	VINCRI STI NUM	D37.2	JELIT O CIENKIE
673.	VINCRI STI NUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	VINCRI STI NUM	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	VINCRI STI NUM	D37.5	ODBYTNICA
676.	VINCRI STI NUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	VINCRI STI NUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	VINCRI STI NUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	VINCRI STI NUM	D38	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	VINCRI STI NUM	D38.0	KRTAŃ
681.	VINCRI STI NUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	VINCRI STI NUM	D38.2	OPŁUCNA
683.	VINCRI STI NUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
684.	VINCRI STI NUM	D38.4	GRASICA
685.	VINCRI STI NUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	VINCRI STI NUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	VINCRI STI NUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	VINCRI STI NUM	D39.0	MACICA
689.	VINCRI STI NUM	D39.1	JAJNIK
690.	VINCRI STI NUM	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	VINCRI STI NUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	VINCRI STI NUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	VINCRI STI NUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	VINCRI STI NUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	VINCRI STI NUM	D40.1	JĄDRO
696.	VINCRI STI NUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	VINCRI STINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	VINCRI STINUM	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	VINCRI STINUM	D41.0	NERKA
700.	VINCRI STINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	VINCRI STINUM	D41.2	MOCZOWÓD
702.	VINCRI STINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	VINCRI STINUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
704.	VINCRI STINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	VINCRI STINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	VINCRI STINUM	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	VINCRI STINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	VINCRI STINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	VINCRI STINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	VINCRI STINUM	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	VINCRI STINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIAOTOWE
712.	VINCRI STINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIAOTOWE
713.	VINCRI STINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	VINCRI STINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	VINCRI STINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	VINCRI STINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	VINCRI STINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	VINCRI STINUM	D44	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	VINCRI STINUM	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	VINCRI STI NUM	D44.1	NADNERCZA
721.	VINCRI STI NUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	VINCRI STI NUM	D44.3	PRZYSADKA
723.	VINCRI STI NUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	VINCRI STI NUM	D44.5	SZYSZYNKI
725.	VINCRI STI NUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	VINCRI STI NUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
727.	VINCRI STI NUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	VINCRI STI NUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	VINCRI STI NUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	VINCRI STI NUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	VINCRI STI NUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	VINCRI STI NUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	VINCRI STI NUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	VINCRI STI NUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	VINCRI STI NUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	VINCRI STI NUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
737.	VINCRI STI NUM	D48.4	OTRZEWNA
738.	VINCRI STI NUM	D48.5	SKÓRA
739.	VINCRI STI NUM	D48.6	SUTEK
740.	VINCRI STI NUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
741.	<b>VINCRI STINUM</b>	D48.9	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	<b>VINCRI STINUM</b>	D69.3	SAMOISTNA PŁAMICA MAŁOPLYTKOWA
743.	<b>VINCRI STINUM</b>	D76.0	HIST IOCYTOZAZ KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	<b>VINCRI STINUM</b>	D76.1	LYMFOHIST IOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	<b>VINCRI STINUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE,POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA,POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
752.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	<b>VINCRI STINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

**VINORELBINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	VINORELBINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINORELBINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINORELBINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINORELBINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINORELBINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINORELBINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINORELBINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINORELBINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINORELBINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINORELBINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINORELBINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINORELBINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINORELBINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINORELBINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINORELBINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINORELBINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINORELBINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINORELBINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINORELBINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	VINORELBINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINORELBINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINORELBINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
23.	VINORELBINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINORELBINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINORELBINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINORELBINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINORELBINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINORELBINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINORELBINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINORELBINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINORELBINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINORELBINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINORELBINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINORELBINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINORELBINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINORELBINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINORELBINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINORELBINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINORELBINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINORELBINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINORELBINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINORELBINUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	VINORELBINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINORELBINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINORELBINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINORELBINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINORELBINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINORELBINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINORELBINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
50.	VINORELBINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINORELBINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINORELBINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINORELBINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINORELBINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINORELBINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINORELBINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINORELBINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINORELBINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINORELBINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINORELBINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINORELBINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINORELBINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINORELBINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINORELBINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINORELBINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINORELBINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	VINORELBINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINORELBINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINORELBINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINORELBINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINORELBINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	VINORELBINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	VINORELBINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINORELBINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINORELBINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
76.	VINORELBINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINORELBINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINORELBINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINORELBINUM	C16.0	WPUST
80.	VINORELBINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINORELBINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINORELBINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINORELBINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINORELBINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINORELBINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINORELBINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINORELBINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINORELBINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINORELBINUM	C17.0	DWUNASTNICA
90.	VINORELBINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINORELBINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINORELBINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINORELBINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINORELBINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINORELBINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINORELBINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINORELBINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINORELBINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINORELBINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINORELBINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINORELBINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINORELBINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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 ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
114.	VINORELBINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINORELBINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
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 PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122.	VINORELBINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123.	VINORELBINUM	C24.0	ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124.	VINORELBINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINORELBINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126.	VINORELBINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINORELBINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINORELBINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINORELBINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
130.	VINORELBINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINORELBINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINORELBINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINORELBINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINORELBINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINORELBINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINORELBINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I 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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
157.	VINORELBINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINORELBINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINORELBINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINORELBINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
161.	VINORELBINUM	C38.0	SERCE
162.	VINORELBINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	VINORELBINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	VINORELBINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINORELBINUM	C38.4	OPLUCNA
166.	VINORELBINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167.	VINORELBINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINORELBINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINORELBINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINORELBINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINORELBINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINORELBINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYN GÓRNEJ
173.	VINORELBINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYN GÓRNEJ
174.	VINORELBINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYN DOLNEJ
175.	VINORELBINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYN DOLNEJ
176.	VINORELBINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINORELBINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINORELBINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINORELBINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINORELBINUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINORELBINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINORELBINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
183.	VINORELBINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINORELBINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINORELBINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINORELBINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINORELBINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINORELBINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINORELBINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINORELBINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINORELBINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINORELBINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINORELBINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINORELBINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINORELBINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINORELBINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINORELBINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym
198.	VINORELBINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
199.	VINORELBINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
200.	VINORELBINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	VINORELBINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
202.	VINORELBINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	VINORELBINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	VINORELBINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	VINORELBINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
206.	VINORELBINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	VINORELBINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	VINORELBINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
290.	VINORELBINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
291.	VINORELBINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
292.	VINORELBINUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
293.	VINORELBINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
294.	VINORELBINUM	C67.7	MOCZOWNIK
295.	VINORELBINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
296.	VINORELBINUM	C67.9	PĘCZERZ 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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
317.	VINORELBINUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
318.	VINORELBINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
319.	VINORELBINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
320.	VINORELBINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
321.	VINORELBINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
322.	VINORELBINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
323.	VINORELBINUM	C71.6	MÓZDŻEK
324.	VINORELBINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	VINORELBINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	VINORELBINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	VINORELBINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	VINORELBINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	VINORELBINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	VINORELBINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	VINORELBINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	VINORELBINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	VINORELBINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	VINORELBINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	VINORELBINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	VINORELBINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	VINORELBINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	VINORELBINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	VINORELBINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	VINORELBINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	VINORELBINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNÝCH
342.	VINORELBINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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 PRYZWOJOWE
348.	VINORELBINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	VINORELBINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	VINORELBINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	VINORELBINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	VINORELBINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
353.	VINORELBINUM	C76.2	BRZUCH
354.	VINORELBINUM	C76.3	MIEDNICA
355.	VINORELBINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	VINORELBINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	VINORELBINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	VINORELBINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	VINORELBINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	VINORELBINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	VINORELBINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KŁATKI 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 PACHWY
365.	VINORELBINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	VINORELBINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	VINORELBINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	VINORELBINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
369.	VINORELBINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
370.	VINORELBINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	VINORELBINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	VINORELBINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	VINORELBINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	VINORELBINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	VINORELBINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
376.	VINORELBINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	VINORELBINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	VINORELBINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	VINORELBINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	VINORELBINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	VINORELBINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	VINORELBINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	VINORELBINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	VINORELBINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	VINORELBINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	VINORELBINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	VINORELBINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	VINORELBINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	VINORELBINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	VINORELBINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	VINORELBINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	VINORELBINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	VINORELBINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	VINORELBINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	VINORELBINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	VINORELBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
			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, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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	PĘCZERZ 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



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
450.	VINORELBINUM	D10.4	MIGDAŁEK
451.	VINORELBINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	VINORELBINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	VINORELBINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	VINORELBINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	VINORELBINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	VINORELBINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	VINORELBINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	VINORELBINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	VINORELBINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	VINORELBINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	VINORELBINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	VINORELBINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	VINORELBINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	VINORELBINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	VINORELBINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	VINORELBINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	VINORELBINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	VINORELBINUM	D12.8	ODBYTNICA
469.	VINORELBINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	VINORELBINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	VINORELBINUM	D13.0	PRZĘLYK
472.	VINORELBINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	VINORELBINUM	D13.2	DWUNASTNICA
474.	VINORELBINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELIT A CIENKIEGO
475.	VINORELBINUM	D13.4	WĄTROBA
476.	VINORELBINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
477.	VINORELBINUM	D13.6	TRZUSTKA
478.	VINORELBINUM	D13.7	WSPY TRZUSTKI
479.	VINORELBINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	VINORELBINUM	D14	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	VINORELBINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	VINORELBINUM	D14.1	KRTAŃ
483.	VINORELBINUM	D14.2	TCHAWICA
484.	VINORELBINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	VINORELBINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	VINORELBINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW 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	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	VINORELBINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	VINORELBINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	VINORELBINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	VINORELBINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	VINORELBINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	VINORELBINUM	D16.5	ŻUCHWA
499.	VINORELBINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	VINORELBINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	VINORELBINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	VINORELBINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	VINORELBINUM	D18	NACZYNIAMI KRWIONOŚNE I NACZYNIAMI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
558.	VINORELBINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	VINORELBINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	VINORELBINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	VINORELBINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	VINORELBINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	VINORELBINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	VINORELBINUM	D35.0	NADNERCZA
565.	VINORELBINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	VINORELBINUM	D35.2	PRZYSADKA
567.	VINORELBINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	VINORELBINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
569.	VINORELBINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	VINORELBINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
571.	VINORELBINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	VINORELBINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	VINORELBINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	VINORELBINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	VINORELBINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	VINORELBINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	VINORELBINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	VINORELBINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	VINORELBINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	VINORELBINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	VINORELBINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	VINORELBINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	VINORELBINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
584.	VINORELBINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	VINORELBINUM	D37.5	ODBYTNICA
586.	VINORELBINUM	D37.6	WĄTROBA, PEŁCERZYK 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	SRÓDPIERSIE
594.	VINORELBINUM	D38.4	GRASICA
595.	VINORELBINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	VINORELBINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	VINORELBINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	VINORELBINUM	D39.0	MACICA
599.	VINORELBINUM	D39.1	JAJNIK
600.	VINORELBINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	VINORELBINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	VINORELBINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	VINORELBINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	VINORELBINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	VINORELBINUM	D40.1	JĄDRO
606.	VINORELBINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	VINORELBINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	VINORELBINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	VINORELBINUM	D41.0	NERKA
610.	VINORELBINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
611.	VINORELBINUM	D41.2	MOCZOWÓD
612.	VINORELBINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	VINORELBINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	VINORELBINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	VINORELBINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	VINORELBINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	VINORELBINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	VINORELBINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	VINORELBINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	VINORELBINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	VINORELBINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	VINORELBINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	VINORELBINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	VINORELBINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	VINORELBINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	VINORELBINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	VINORELBINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	VINORELBINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	VINORELBINUM	D44.0	TARCZYCA
630.	VINORELBINUM	D44.1	NADNERCZA
631.	VINORELBINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	VINORELBINUM	D44.3	PRZYSADKA
633.	VINORELBINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	VINORELBINUM	D44.5	SZYSZYŃKA
635.	VINORELBINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
636.	VINORELBINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
637.	VINORELBINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
638.	<b>VINORELBINUM</b>	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
639.	<b>VINORELBINUM</b>	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
640.	<b>VINORELBINUM</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	<b>VINORELBINUM</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
642.	<b>VINORELBINUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
648.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.5	SKÓRA
649.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.6	SUTEK
650.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	<b>VINORELBINUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	<b>VINORELBINUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	<b>VINORELBINUM</b>	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.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
2.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.0	WPÓST <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
3.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
4.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
5.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.3	UJSCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
6.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
7.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
8.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
9.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
10.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
11.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
12.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
13.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
14.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
15.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
17.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKRESŁONE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
18.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
19.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
20.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
21.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
22.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
23.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
24.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
25.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
26.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.7	ESICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
27.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
28.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESŁONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
29.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
30.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
31.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
32.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
33.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
34.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
35.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
36.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
37.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.0	SERCE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
38.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.1	SRODPIERSIE PRZEDNIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
39.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.2	SRODPIERSIE TYLNE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
40.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.3	SRODPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
41.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.4	OPŁUCNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
42.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GORNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
43.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
44.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
45.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
46.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYNY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
47.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYNY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
48.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
49.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.1	ŻUCHWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
50.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
51.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
52.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚC KRZYŻOWA I GUZICZNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	TEMOZOLOMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
54.	TEMOZOLOMIDUM	C41.9	KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
55.	TEMOZOLOMIDUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
56.	TEMOZOLOMIDUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
57.	TEMOZOLOMIDUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
58.	TEMOZOLOMIDUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
59.	TEMOZOLOMIDUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKRESŁONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
60.	TEMOZOLOMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
61.	TEMOZOLOMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
62.	TEMOZOLOMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
63.	TEMOZOLOMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
64.	TEMOZOLOMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
65.	TEMOZOLOMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWOW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
66.	TEMOZOLOMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
67.	TEMOZOLOMIDUM	C48.0	PRZESTRZEN ZAOTRZEWNOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
68.	TEMOZOLOMIDUM	C48.1	OKRESŁONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
69.	TEMOZOLOMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKRESŁONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
70.	TEMOZOLOMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
72.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
73.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
74.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
75.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
76.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
77.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKRESLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
78.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
79.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
80.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C63.0	NAJĄDRZE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
81.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
82.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
83.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
84.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.0	TROJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
85.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
86.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
87.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
88.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
89.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
90.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.6	UJSCIE MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
91.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
92.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
93.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
94.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.0	CEWKA MOCZOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
95.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
96.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
97.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
98.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C69.2	SIATKÓWKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
99.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C69.6	OCZODOŁ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
100.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓWIKOMÓR
101.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.6	MÓZDŻEK
107.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
111.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.1	OGON KONSKI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
112.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.2	NERW WĘCHOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
113.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.3	NERW WZROKOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
114.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
115.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
116.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.0	KORA NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
117.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
118.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
119.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
121.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
122.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.2	BRZUCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
123.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.3	MIEDNICA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
124.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
125.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
126.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
127.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
128.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
130.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
131.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
132.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
133.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
134.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
135.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
136.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
137.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
138.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
139.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
140.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
141.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>



Załącznik C.65.a.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>ARSENICUM TRIOXIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <i>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.</i>

Załącznik C.65.b.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej</i> <i>charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa</i>

Załącznik C.65.c.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>ARSENICUM TRIOXIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA w przypadku: indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek $\leq 10 \times 10^3 / \mu\text{l}$ ), w skojarzeniu z kwasem all- trans- retynowym

Załącznik C.66.a.

**CLOFARABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	CLOFARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>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.</i>

Załącznik C.66.b.

**CLOFARABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>CLOFARABINUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ <i>w trzeciej linii leczenia</i>
2.	<b>CLOFARABINUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>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</i>

Załącznik C.67.

**BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
2.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
3.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
4.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
5.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
6.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
7.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
8.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> <i>a) oporności na rytuksymab lub</i> <i>b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> <i>c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
9.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C82.1	<p>MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY  <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>oporności na rytuksymab lub</i></li> <li>b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i></li> </ul>
10.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C82.7	<p>INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO  <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>oporności na rytuksymab lub</i></li> <li>b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i></li> </ul>
11.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.0	<p>Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)  <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>oporności na rytuksymab lub</i></li> <li>b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i></li> </ul>
12.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.1	<p>Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)  <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>oporności na rytuksymab lub</i></li> <li>b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii</i></li> </ul> <p><i>albo</i></p> <p><i>w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>b) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –</i></li> </ul>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
13.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
14.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
15.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESŁONY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
16.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>
17.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>
18.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii</i> albo <i>w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia:</i> a) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> b) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
20.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
21.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
22.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
23.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
24.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
25.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA <i>w przypadku:</i> <i>a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,</i> <i>b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.</i>

Załącznik C.68.

**ACIDUM ZOLEDRONICUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

**ACIDUM ZOLEDRONICUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI <i>uzupełniająco leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie</i>

Załącznik C.69.a.

**AZACITIDINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>AZACITIDINUM</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
2	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
3	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
4	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
5	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
6	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
7	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
8	<b>AZACITIDINUM</b>	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>
9	<b>AZACITIDINUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, <i>zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
10	<b>AZACITIDINUM</b>	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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA ( <i>AML</i> ) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.70.a.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)</i>



Załącznik C.70.b.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY <i>w przypadku udokumentowanej obecności rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFβ</i>

Załącznik C.70.c.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)</i>

Załącznik C.70.d.

## IMATINIB

*Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117. W chorobie zaawansowanej/przerzutowej leczenie stosowane jest do czasu wystąpienia progresji (u pacjentów z progresją w trakcie podawania dawki standardowej możliwe jest kontynuowanie terapii po zwiększeniu dawki do 800 mg dziennie) lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

*W leczeniu uzupełniającym lek stosowany jest u pacjentów z ryzykiem nawrotu  $\geq 50\%$  wg klasyfikacji AJCCNCCN-AFIP i obecnością mutacji KIT lub PDGFR- $\alpha$  bez mutacji PDGFR- $\alpha$ D842V nie dłużej niż 36 miesięcy lub do wystąpienia nawrotu lub niepożądanych działań uniemożliwiających kontynuowanie terapii.*

*Imatynib u dzieci stosowany jest według schematu:*

- a) dzieci o powierzchni ciała do 1m<sup>2</sup>: 340 mg/m<sup>2</sup>, dawka dobowo jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,*
- b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m<sup>2</sup> dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	IMATINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	IMATINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	IMATINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	IMATINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	IMATINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	IMATINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	IMATINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	IMATINIB	C16.0	WPUST
10.	IMATINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	IMATINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	IMATINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
13.	<b>IMATINIB</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	<b>IMATINIB</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	<b>IMATINIB</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	<b>IMATINIB</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	<b>IMATINIB</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	<b>IMATINIB</b>	C17.0	DWUNASTNICA
19.	<b>IMATINIB</b>	C17.1	JELITO CZCZE
20.	<b>IMATINIB</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	<b>IMATINIB</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	<b>IMATINIB</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A CIENKIEGO
23.	<b>IMATINIB</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	<b>IMATINIB</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	<b>IMATINIB</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	<b>IMATINIB</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	<b>IMATINIB</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	<b>IMATINIB</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	<b>IMATINIB</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	<b>IMATINIB</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	<b>IMATINIB</b>	C18.7	ESICA
32.	<b>IMATINIB</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A GRUBEGO
33.	<b>IMATINIB</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	<b>IMATINIB</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	<b>IMATINIB</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
36.	<b>IMATINIB</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	<b>IMATINIB</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	<b>IMATINIB</b>	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	<b>IMATINIB</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.71.

## PLERIXAFORUM

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

- 1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce  $\geq 10 \mu\text{g/kg}$  jeśli stosowany sam lub  $\geq 5 \mu\text{g/kg}$  po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż  $10/\mu\text{l}$  w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF  
lub
- 2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
  - a) mniej niż  $2,0 \times 10^6$  komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem  
lub
  - b) mniej niż  $4,0 \times 10^6$  komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PLERIXAFORUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	PLERIXAFORUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	PLERIXAFORUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	PLERIXAFORUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	PLERIXAFORUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	PLERIXAFORUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	PLERIXAFORUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	PLERIXAFORUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	PLERIXAFORUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	PLERIXAFORUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	PLERIXAFORUM	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	PLERIXAFORUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	PLERIXAFORUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	PLERIXAFORUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	PLERIXAFORUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	PLERIXAFORUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	PLERIXAFORUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	PLERIXAFORUM	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	PLERIXAFORUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	PLERIXAFORUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	PLERIXAFORUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	PLERIXAFORUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	PLERIXAFORUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
24.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI



Załącznik C.72.

**ANAGRELIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	ANAGRELIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA <i>z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie</i>
2.	ANAGRELIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	ANAGRELIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

**NELARABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>NELARABINUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>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.</i>
2.	<b>NELARABINUM</b>	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
3.	<b>NELARABINUM</b>	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY <i>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.</i>

Załącznik C.76.

**BORTEZOMIBUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BORTEZOMIBUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	BORTEZOMIBUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	BORTEZOMIBUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
4	BORTEZOMIBUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
5	BORTEZOMIBUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMORKOWA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
6	BORTEZOMIBUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAC SZPICZAKA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
7	BORTEZOMIBUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	BORTEZOMIBUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.79.a.

**PEGINTERERONUM ALFA-2A**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>PEGINTERERONUM ALFA-2A</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA w przypadku: – kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego
2	<b>PEGINTERERONUM ALFA-2A</b>	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	<b>PEGINTERERONUM ALFA-2A</b>	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU w przypadku: – pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka – młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępnym w ośrodku – kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
4	<b>PEGINTERERONUM ALFA-2A</b>	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**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
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.	<b>GEFITYNIBUM</b>	C34	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</p> <p><i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i></p> <p>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),</p> <p>b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified - NOS</i>),</p> <p>c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. <i>epidermal growth factor receptor - EGFR</i>) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</p> <p>d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),</p> <p>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. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) 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),</p> <p>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,</p> <p>g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,</p> <p>h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</p> <p>Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.</p>

Załącznik C.81.

**ERLOTINIBUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>ERLOTINIBUM</b>	C34	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</p> <p><i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i></p> <p>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),</p> <p>b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified - NOS</i>),</p> <p>c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. <i>epidermal growth factor receptor - EGFR</i>) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</p> <p>d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),</p> <p>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. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) 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),</p> <p>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,</p> <p>g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,</p> <p>h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</p> <p>Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.</p>

Załącznik C.82.a.

## **BEVACIZUMAB**

### **1. w leczeniu dorosłych pacjentów z noworozpoznany zaawansowanym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej**

a. w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem lub w monoterapii:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1 cm,
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

b. w skojarzeniu z olaparybem:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III, niezależnie od choroby resztkowej, wyłącznie u chorych z mutacją w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD),
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 22 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

### **2. w leczeniu dorosłych pacjentów z pierwszym nawrotem wrażliwego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**

a. w skojarzeniu z karboplatiną i gemcytabiną lub w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem:

- niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0- 2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

### **3. w leczeniu dorosłych pacjentów z nawrotem opornego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**

a. w skojarzeniu z paklitakselem, topotekanem inj. lub pegylowaną liposomalną doksorubicyną:



- niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMAB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
2.	BEVACIZUMAB	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
3.	BEVACIZUMAB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ
4.	BEVACIZUMAB	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
5.	BEVACIZUMAB	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
6.	BEVACIZUMAB	C57.4	PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.82.b.

## BEVACIZUMABUM

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.*

*Dla wszystkich wskazań:*

- *przetrzywały, 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 cisplatiną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego,*
- *czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
2.	BEVACIZUMABUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
3.	BEVACIZUMABUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.82.c.

## BEVACIZUMAB

*Lek stosowany jest w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą fluoropirymidynę u pacjentów z nowotworem w stopniu zaawansowania IV (uogólnionym). Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie. Lek może być zastosowany u danego pacjenta tylko w jednej, wybranej linii leczenia.*

*Dawkowanie leku prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	BEVACIZUMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO – ODBYTNICZEGO
3.	BEVACIZUMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.82.d.

## BEVACIZUMABUM

*Terapia stosowana wyłącznie w skojarzeniu z atezolizumabem.*

*Bewacyzumab stosowany w dawce 15 mg/kg masy ciała, podawanej we wlewie dożylnym co trzy tygodnie.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.83.

**DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1.	DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.84.a.

**LENALIDOMIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY w przypadku: leczenia w skojarzeniu z deksametazonem lub bortezomibem i deksametazonem lub melfalanem i prednizonem dorosłych pacjentów z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT), albo leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jeden schemat leczenia, albo monoterapii w leczeniu podtrzymującym dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym po przeszczepieniu autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT) stosowanym po pierwszej linii leczenia

Załącznik C.84.b.

**LENALIDOMIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
2.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
3.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
4.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe
5.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
6.	LENALIDOMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
7.	LENALIDOMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>
8.	LENALIDOMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe</i>



Załącznik C.84.c.

**LENALIDOMIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
2.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
3.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
4.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku: leczenia w monoterapii dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszczą</i>

Załącznik C.84.d.

**LENALIDOMIDUM**

*Stosowanie lenalidomidu w połączeniu z rytuksymabem w niżej wymienionych wskazaniach powinno być zgodne z rekomendacjami ESMO lub NCCN.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
2.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
3.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio nieleczonym chłoniakiem grudkowym w stopniu 1-3a</i>
4.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z tafasytamabem dorosłych pacjentów z nawrotową albo oporną na leczenie postacią chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL), którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</i>
5.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzeżnej</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
6.	<b>LENALIDOMIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku: leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzożnej albo leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszczka</i>

Załącznik C.85.

**ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B</b>	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.86.a.

## **TRASTUZUMABUM I.V.**

*1. W monoterapii*

*albo*

*2. w skojarzeniu z:*

*a) chemioterapią,*

*lub*

*b) hormonoterapią,*

*lub*

*c) pertuzumabem.*

*Dla wszystkich wskazań:*

- potwierdzenie histologiczne inwazyjnego raka piersi,*
- dodatni stan HER2 – ekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,*
- zaawansowanie w stopniu wczesnym ze wskazaniami do leczenia przedoperacyjnego lub pooperacyjnego albo zaawansowanie w stadium uogólnienia ze wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z wytycznymi ChPL lub PTOK.*

*Leczenie przerzutowego raka piersi powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania. Możliwe jest leczenie trastuzumabem i.v. po progresji w połączeniu z inną terapią przeciwnowotworową.*

*Leczenie okołooperacyjnego raka piersi powinno być stosowane w horyzoncie maksymalnie 18 podań leku lub do 1 roku terapii lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
3.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.6	CZEŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.b.

### **TRASTUZUMABUM I.V.**

W skojarzeniu z cisplatyną (albo oksaliplatyną) i fluorouracylem albo cisplatyną (albo oksaliplatyną) i kapecytabiną:

- potwierdzenie histologiczne gruczołowego raka żołądka lub połączenia przełykowo-żołądkowego,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- zaawansowanie w stadium uogólnienia z wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z ChPL lub wytycznymi PTOK.

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.0	WPUST
2.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
3.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
4.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
5.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
6.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
7.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
8.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
9.	<b>TRASTUZUMABUM I.V.</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.c.

## TRASTUZUMAB I.V.

W skojarzeniu z paklitakselem i karboplatyną:

- potwierdzenie histologiczne surowiczego raka endometrium,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- stopień zaawansowania klinicznego III lub IV wg klasyfikacji FIGO lub nawrotowego raka bez względu na pierwotny stopień zaawansowania,
- stopień sprawności 0-2 według ECOG.

Dawka trastuzumabu pierwszego dnia pierwszego cyklu to dawka nasycająca wynosząca 8 mg/kg m.c. podawana przez 90 minut. Począwszy od 21. dnia należy podawać trastuzumab w dawce 6 mg/kg m.c., dożylnie co 21 dni i kontynuować leczenie przez czas nieokreślony co 21 dni po zakończeniu 6 cykli terapii cytotoksycznej i do czasu progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.0	CIEŚŃ MACICY, ODCINEK DOLNY
2.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
3.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.2	MIĘSIEŃ MACICY
4.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.3	DNO MACICY
5.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZONU MACICY
6.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.9	TRZON MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE



Załącznik C.87.a.

**OCTAN ABIRATERONU**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OCTAN ABIRATERONU</b>	C61	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO</p> <p><i>w przypadku:</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na nowo rozpoznanego hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami, w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej; wysokie ryzyko definiowane jest jako występowanie co najmniej 2 z 3 czynników: wskaźnik Gleasona <math>\geq 8</math>, obecność <math>\geq 3</math> przerzutów do kości, obecność przerzutów do narządów trzewnych (z wyłączeniem węzłów chłonnych). Leczenie należy rozpocząć najpóźniej po trzech miesiącach od wdrożenia deprywacji androgenowej.</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia bezobjawowych lub skąpo objawowych dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu deprywacji androgenowej, u których zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie,</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel,</i></p> <p><i>Octan abirateronu może być zastosowany u danego pacjenta na podstawie załączników C.87.a. albo C.87.b. tylko w jednym z wymienionych wskazań. Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i></p>

Załącznik C.87.b.

**OCTAN ABIRATERONU**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OCTAN ABIRATERONU</b>	C61	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO</p> <p><i>w przypadku:</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, którzy nie spełniają kryteriów wskazania rejestracyjnego wymienionych w załączniku C.87.a., w połączeniu z deprywacją androgenową jako samodzielne leczenie lub początkowo w skojarzeniu z trwającą przez 18 tyg. chemioterapią opartą o docetaksel,</i></p> <p><i>albo</i></p> <p><i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.).</i></p> <p><i>Octan abirateronu może być zastosowany u danego pacjenta na podstawie załączników C.87.a. albo C.87.b. tylko w jednym z wymienionych wskazań. Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i></p>

Załącznik C.88.a.

## SUNITINIB

*Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117 po niepowodzeniu leczenia imatynibem w wyniku progresji lub nietolerancji.*

*Sunitynib u dzieci stosowany jest według schematu:*

- a) dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,*
- b) dzieci poniżej 6.r.ż. - dawka powinna być indywidualnie ustalana poczynając od 25 mg na dobę. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać przerwę w przyjmowaniu leku.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	SUNITINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	SUNITINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	SUNITINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	SUNITINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	SUNITINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	SUNITINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	SUNITINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	SUNITINIB	C16.0	WPUST
10.	SUNITINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	SUNITINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	SUNITINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	SUNITINIB	C16.4	ODŹWIERNIK

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
14.	<b>SUNITINIB</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	<b>SUNITINIB</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	<b>SUNITINIB</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	<b>SUNITINIB</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	<b>SUNITINIB</b>	C17.0	DWUNASTNICA
19.	<b>SUNITINIB</b>	C17.1	JELITO CZCZE
20.	<b>SUNITINIB</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	<b>SUNITINIB</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	<b>SUNITINIB</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	<b>SUNITINIB</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	<b>SUNITINIB</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	<b>SUNITINIB</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	<b>SUNITINIB</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	<b>SUNITINIB</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	<b>SUNITINIB</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	<b>SUNITINIB</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	<b>SUNITINIB</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	<b>SUNITINIB</b>	C18.7	ESICA
32.	<b>SUNITINIB</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	<b>SUNITINIB</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	<b>SUNITINIB</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	<b>SUNITINIB</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	<b>SUNITINIB</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
37.	<b>SUNITINIB</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	<b>SUNITINIB</b>	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	<b>SUNITINIB</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.88.b.

## SUNITINIB

*Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym lub przerzutowym nieoperacyjnym mięsakiem pęcherzykowym (alveolar soft part sarcoma) lub samotnym guzem włóknistym (solitary fibrous tumor), a także u wcześniej poddanych chemioterapii pacjentów z mięsakiem naczyniowym (angiosarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego.*

*Dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg na dobę. W celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
2.	SUNITINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ (KREZKA, KREZKA OKRĘŻNICY, SIEĆ, OTRZEWNA ŚCIENNA I MIEDNICY)
3.	SUNITINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
4.	SUNITINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
5.	SUNITINIB	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI (TKANKA ŁĄCZNA: UCHA, POWIEKI)
6.	SUNITINIB	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
7.	SUNITINIB	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
8.	SUNITINIB	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ, (DÓŁ PACHOWY, PRZEPONA, DUŻE NACZYNIA)
9.	SUNITINIB	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA (ŚCIANA JAMY BRZUSZNEJ, PODŻEBRZE)
10.	SUNITINIB	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY, (POŚLADEK, PACHWINA, KROCZE)
11.	SUNITINIB	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE, (GRZBIET BNO)

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
12.	<b>SUNITINIB</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANEK MIĘKKICH
13.	<b>SUNITINIB</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.88.c.

### SUNITINIB

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją pazopanibu albo sorafenibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

*W przypadku nietolerancji leczenia sunitynibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sorafenib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sunitynib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ



Załącznik C.88.d.

### SUNITINIB

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynnny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii sunitinibem.*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI <i>Wyspy trzustkowe Langerhansa</i>

Załącznik C.89.a.

## **SORAFENIB**

*Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym/przerzutowym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST), z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia imatynibem oraz sunitynibem.*

*Sorafenib stosowany w dawce 400 mg (dwie tabletki po 200 mg) dwa razy na dobę.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>SORAFENIB</b>	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	<b>SORAFENIB</b>	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	<b>SORAFENIB</b>	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	<b>SORAFENIB</b>	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	<b>SORAFENIB</b>	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	<b>SORAFENIB</b>	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	<b>SORAFENIB</b>	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	<b>SORAFENIB</b>	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	<b>SORAFENIB</b>	C16.0	WPUST
10.	<b>SORAFENIB</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	<b>SORAFENIB</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	<b>SORAFENIB</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	<b>SORAFENIB</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	<b>SORAFENIB</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	<b>SORAFENIB</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
16.	<b>SORAFENIB</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	<b>SORAFENIB</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	<b>SORAFENIB</b>	C17.0	DWUNASTNICA
19.	<b>SORAFENIB</b>	C17.1	JELITO CZCZE
20.	<b>SORAFENIB</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	<b>SORAFENIB</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	<b>SORAFENIB</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A CIENKIEGO
23.	<b>SORAFENIB</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	<b>SORAFENIB</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	<b>SORAFENIB</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	<b>SORAFENIB</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	<b>SORAFENIB</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	<b>SORAFENIB</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	<b>SORAFENIB</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	<b>SORAFENIB</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	<b>SORAFENIB</b>	C18.7	ESICA
32.	<b>SORAFENIB</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A GRUBEGO
33.	<b>SORAFENIB</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	<b>SORAFENIB</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	<b>SORAFENIB</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	<b>SORAFENIB</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
37.	<b>SORAFENIB</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	<b>SORAFENIB</b>	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
39.	<b>SORAFENIB</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNIEJ

Załącznik C.89.b.

## **SORAFENIB**

*Lek stosowany u pacjentów z rozpoznaniem nieoperacyjnego miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka wątrobowokomórkowego (HCC), którzy wcześniej nie zostali poddani systemowemu leczeniu z powodu HCC.*

*Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>SORAFENIB</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.89.c.

## **SORAFENIB**

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,*
- *niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanibu),*
- *udokumentowane niepowodzenie leczenia cytokinami (nie dotyczy chorych z nietolerancją sunitynibu lub pazopanib),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego.*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

*W przypadku nietolerancji leczenia sorafenibem możliwa jest, w uzasadnionych przypadkach, zmiana terapii na inny lek z grupy inhibitorów kinaz tyrozynowych stosowany w katalogu chemioterapii w tym wskazaniu (sunitinib) lub załączniku B.10. (pazopanib) lub odwrotnie tj. innego leku na sorafenib, przy czym taka zmiana nie zmienia linii leczenia. Progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.*

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJICZYNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>SORAFENIB</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.91.a.

## EVEROLIMUS

- *nowotwór w stadium zaawansowanym,*
- *udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (jedna albo dwie linie) lub udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem immunoterapii albo immunoterapii i inhibitorów kinaz tyrozynowych,*
- *2 albo 3 linia leczenia,*
- *może być stosowany jako kontynuacja rozpoczętej terapii u pacjentów, którzy byli leczeni wcześniej cytokinami i inhibitorami kinaz tyrozynowych oraz rozpoczęli leczenie ewerolimusem w programie lekowym na zasadach w nim obowiązujących.*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.91.b.

## EVEROLIMUS

- *nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokryny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,*
- *udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii ewerolimusem,*

*Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI <i>Wyspy trzustkowe Langerhansa</i>



Załącznik C.92.a.

**DASATINIB**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>DASATINIB</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>leczenie dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej</i> <i>w przypadku:</i> <i>niepowodzenia, utraty odpowiedzi lub nietolerancji na uprzednie leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej, w tym leczenie imatynibem.</i>

Załącznik C.92.b.

**DASATINIB**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>DASATINIB</b>	C91.0	<p>OŚTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA</p> <p><i>leczenie dorosłych chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) oraz dorosłych chorych na kryżę limfoblastyczną przewlekłej białaczki szpikowej</i></p> <p><i>w przypadku:</i></p> <p><i>oporności lub niepowodzenia leczenia (np. brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję) albo wznowy hematologicznej lub molekularnej (narastanie mierzalnej choroby resztkowej), jeśli protokół wcześniejszego leczenia nie obejmował dazatynibu,</i></p> <p><i>lub</i></p> <p><i>gdy wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie,</i></p> <p><i>lub</i></p> <p><i>gdy uzyskano całkowitą remisję hematologiczną lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia dazatynibem i prowadzone jest leczenie podtrzymujące obejmujące dazatynib, w tym po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w szczególności jeśli przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej),</i></p> <p><i>lub</i></p> <p><i>gdy przy rozpoznaniu lub na jakimkolwiek etapie leczenia stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).</i></p>

D 1. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590
3	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675
4	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
7	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
10	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
11	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
13	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
14	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319
15	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
17	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
18	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
19	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
20	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
21	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
22	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
23	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327
24	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426
25	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328
26	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
27	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
28	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
29	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
30	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
31	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
32	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
33	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
34	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
36	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462
37	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
38	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711
39	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118
40	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
41	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
42	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
43	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529
44	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604
45	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628
46	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616
47	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654
48	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
49	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
50	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
51	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
52	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
53	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
54	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
55	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
56	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996
57	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
58	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649
59	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
60	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207
61	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214
62	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915
63	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011
64	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991471248
65	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816
66	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991452261
67	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114
68	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773
69	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803
70	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
72	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
73	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
74	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
75	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
76	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636
77	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
78	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
79	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759
80	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
81	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
82	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
83	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097
84	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
85	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991
86	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
87	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
88	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
89	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
90	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
91	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020
92	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
93	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
94	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
95	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
96	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013
97	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
98	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
99	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
100	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
101	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
102	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
103	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
104	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
105	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
106	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
107	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
108	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
109	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
110	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
111	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
112	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
113	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
114	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
115	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
116	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
117	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
118	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
119	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
120	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
121	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
122	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
123	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
124	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
125	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powl., 500 mg	20 szt.	05909990788453
126	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powl., 750 mg	20 szt.	05909990788477
127	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
128	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
129	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
130	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 500 mg	16 szt.	05909990293124
131	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powl., 750 mg	16 szt.	05909990293223
132	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
133	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
134	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
135	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
136	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819
137	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826
138	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833
139	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
140	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
141	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
142	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powl., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
143	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
144	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108
145	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115
146	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220
147	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
148	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279
149	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255
150	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
151	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 sasz.	05903060615908
152	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
153	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
154	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
155	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318
156	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
157	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
158	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
159	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
160	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483
161	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949
162	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385
163	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345
164	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542
165	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
166	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
168	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
170	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
171	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
172	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
173	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
182	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonias	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
183	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
184	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
185	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
186	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
187	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
188	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
189	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337
190	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382
191	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
192	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
193	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
194	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
195	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
196	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
197	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
198	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
199	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
200	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
201	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
202	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
203	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
204	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
205	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
206	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
207	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
208	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
209	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
210	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
211	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526
212	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
213	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
214	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
215	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
216	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
217	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
218	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
219	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
220	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blisterach perforowanych)	05909991270223
221	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951
222	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850
223	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690
224	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713
225	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836
226	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850
227	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
228	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
229	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
230	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
231	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710
232	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727
233	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
234	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
235	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
236	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
237	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
238	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
239	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
240	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
241	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696
242	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
243	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
244	Atomoxetineum	Atofab, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	09008732012224
245	Atomoxetineum	Atofab, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	09008732012231
246	Atomoxetineum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 25 mg	28 szt.	05909991412173
247	Atomoxetineum	Atomoksetyna Medice, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991412241
248	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380
249	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601
250	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496
251	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717
252	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241
253	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
254	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952
255	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976
256	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990
257	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
258	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
259	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
260	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717
261	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
262	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
263	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586
264	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609
265	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647
266	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647
267	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815
268	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173
269	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914
270	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806
271	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282
272	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299
273	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464
274	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471
275	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488
276	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336
277	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374
278	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926
279	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995
280	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710
281	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611
282	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659
283	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896
284	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902
285	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919
286	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926
287	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933
288	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940
289	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053
290	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
291	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951
292	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975
293	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275
294	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305
295	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336
296	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459
297	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655
298	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662
299	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686
300	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730
301	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792
302	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853
303	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
304	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
305	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
306	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
307	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400
308	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530
309	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547
310	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992
311	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
312	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
313	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
314	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
315	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508
316	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539
317	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553
318	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638
319	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652
320	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676
321	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782
322	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805
323	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867
324	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097
325	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103
326	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976
327	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
328	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042
329	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141
330	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290
331	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368
332	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436
333	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443
334	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071
335	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
336	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
337	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
338	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
339	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
340	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
341	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
342	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
343	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
344	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
345	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911
346	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935
347	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997
348	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112
349	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
350	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
351	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810
352	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816
353	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
354	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
355	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876
356	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738
357	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997214023
358	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997223537
359	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752
360	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030
361	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997223551
362	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
363	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
364	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
365	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
366	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319
367	Azithromycinum	Azycyna, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566
368	Azithromycinum	Azycyna, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573
369	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
370	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520
371	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608
372	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
373	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
374	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318
375	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
376	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214
377	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417
378	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990118915
379	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990119011
380	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990118816
381	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216
382	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625
383	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
384	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
385	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
386	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
387	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
388	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
389	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	0590999008469
390	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769
391	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
392	Bimatoprostum + Timololum	Bimarez Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
393	Bimatoprostum + Timololum	Bimarez Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
394	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
395	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
396	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
397	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
398	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
399	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991447311
400	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
401	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
402	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049
403	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056
404	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063
405	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070
406	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
407	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
408	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
409	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
410	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852
411	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869
412	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791
413	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807
414	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501
415	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600
416	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523
417	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554
418	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400
419	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448
420	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
421	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
422	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
423	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
424	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
425	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
426	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
427	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
428	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
429	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
430	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
431	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
432	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333
433	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
434	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
435	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
436	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
437	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
438	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
439	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
440	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
441	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
442	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
443	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
444	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
445	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
446	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
447	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
448	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
449	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
450	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
451	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
452	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
453	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
454	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
455	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
456	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
457	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
458	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
459	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
460	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
461	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
462	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
463	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
464	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
465	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
466	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
467	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
468	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
469	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
470	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
471	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
472	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
473	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
474	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
475	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
476	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
477	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
478	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
479	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087
480	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
481	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127
482	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226
483	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325
484	Bupironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
485	Bupironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
486	Bupironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
487	Bupironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
488	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919
489	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249
490	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
491	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
492	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
493	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
494	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
495	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
496	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
497	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
498	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109
499	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
500	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602
501	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
502	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
503	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
504	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
505	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
506	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
507	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
508	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057
509	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
510	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
511	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
512	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
513	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
514	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
515	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
516	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
517	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
518	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
519	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876
520	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
521	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
522	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
523	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
524	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
525	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
526	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
527	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
528	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666
529	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
530	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
531	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
532	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
533	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
534	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
535	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209
536	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
537	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
538	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
539	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
540	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
541	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
542	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
543	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
544	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
545	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
546	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
547	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
548	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
549	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
550	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	0590990570409
551	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	0590990570454
552	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	0590999074099
553	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	0590999074129
554	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	0590999074051
555	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
556	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
557	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
558	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
559	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
560	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
561	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
562	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
563	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
564	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
565	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
566	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
567	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
568	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
569	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
570	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
571	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
572	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
573	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
574	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
575	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712
576	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411
577	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428
578	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510
579	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527
580	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910
581	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927
582	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
583	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
584	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
585	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
586	Cefuroximium	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
587	Cefuroximium	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857
588	Cefuroximium	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697
589	Cefuroximium	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703
590	Cefuroximium	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145
591	Cefuroximium	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152
592	Cefuroximium	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183
593	Cefuroximium	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190
594	Cefuroximium	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831
595	Cefuroximium	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855
596	Cefuroximium	Cefuroxime Genoptim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991353483
597	Cefuroximium	Cefuroxime Genoptim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991353490
598	Cefuroximium	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
599	Cefuroximium	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
600	Cefuroximium	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
601	Cefuroximium	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
602	Cefuroximium	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331
603	Cefuroximium	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355
604	Cefuroximium	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362
605	Cefuroximium	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416
606	Cefuroximium	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386
607	Cefuroximium	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409
608	Cefuroximium	Furocef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991231194
609	Cefuroximium	Furocef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991231217
610	Cefuroximium	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
611	Cefuroximium	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951
612	Cefuroximium	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
613	Cefuroximium	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456
614	Cefuroximium	Xorimax 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991265328
615	Cefuroximium	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383
616	Cefuroximium	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946
617	Cefuroximium	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390
618	Cefuroximium	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953
619	Cefuroximium	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620
620	Cefuroximium	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637
621	Cefuroximium	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
622	Cefuroximium	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
623	Cefuroximium	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
624	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213
625	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312
626	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411
627	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435
628	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575
629	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991399290
630	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212
631	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203
632	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093
633	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077
634	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118
635	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997210605
636	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932
637	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949
638	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641
639	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729
640	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736
641	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793
642	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
643	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
644	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119
645	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441
646	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250
647	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725
648	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
649	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672
650	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020
651	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515
652	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637
653	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618
654	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
655	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409
656	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416
657	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017
658	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116
659	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
660	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
661	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
662	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
663	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
664	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
665	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
666	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
667	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
668	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
669	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
670	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
671	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
672	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
673	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
674	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
675	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990499113
676	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414
677	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216
678	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514
679	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964
680	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012
681	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991033514
682	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613
683	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626
684	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010
685	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546
686	Clarithromycinum	Klabax EC, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
687	Clarithromycinum	Klabax EC, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
688	Clarithromycinum	Klabax EC, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
689	Clarithromycinum	Klabax EC, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
690	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt. (1 blister po 14 szt.)	05909990081165
691	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532
692	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549
693	Clarithromycinum	Klacid, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710
694	Clarithromycinum	Klacid, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727
695	Clarithromycinum	Klacid, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
696	Clarithromycinum	Klacid, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
697	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
698	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826
699	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419
700	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117
701	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416
702	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438
703	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520
704	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537
705	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544
706	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207
707	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
708	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
709	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
710	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
711	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
712	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
713	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800
714	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997196497
715	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
716	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916
717	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012
718	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
719	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
720	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
721	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
722	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
723	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
724	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
725	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
726	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443
727	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467
728	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382
729	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
730	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
731	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
732	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
733	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
734	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
735	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
736	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838
737	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852
738	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
739	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654
740	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678
741	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
742	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611
743	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991359454
744	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991359478
745	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	08901175035427
746	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
747	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
748	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
749	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
750	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
751	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
752	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533
753	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540
754	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991480172
755	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991480189
756	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785
757	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792
758	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
759	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
760	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
761	Dexamethasonum	Demezom, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
762	Dexamethasonum	Demezom, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
763	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
764	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729
765	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
766	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
767	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
768	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603
769	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
770	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
771	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
772	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
773	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
774	Diazepamum	Relsed, mikrowlewką doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
775	Diazepamum	Relsed, mikrowlewką doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
776	Dienogest	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120
777	Dienogestum	Aridya, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991430702
778	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991473341
779	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991487270
780	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569
781	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576
782	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978
783	Dienogestum	Symdieno, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991392871
784	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962
785	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552
786	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
787	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
788	Domasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813
789	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306
790	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313
791	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
792	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
793	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
794	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
795	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
796	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
797	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
798	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
799	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
800	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
801	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
802	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
803	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
804	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955
805	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
806	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
807	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
808	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
809	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
810	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890
811	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255
812	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293
813	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
814	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
815	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
816	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
817	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
818	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
819	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
820	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
821	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
822	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
823	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
824	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
825	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
826	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
827	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
828	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	0590999006797
829	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
830	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
831	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
832	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
833	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
834	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
835	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
836	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
837	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
838	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
839	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
840	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
841	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
842	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
843	Duloxetineum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
844	Duloxetineum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997
845	Duloxetineum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
846	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
847	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
848	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
849	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
850	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
851	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
852	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210
853	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
854	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
855	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
856	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
857	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
858	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
859	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
860	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
861	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277
862	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
863	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
864	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369
865	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
866	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
867	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
868	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
869	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
870	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
871	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
872	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
873	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
874	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
875	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
876	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
877	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
878	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
879	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
880	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
881	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
882	Enoxaparinum natrium	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
883	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
884	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
885	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
886	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
887	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
888	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
889	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
890	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
891	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
892	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
893	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
894	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
895	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
896	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
897	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
898	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
899	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
900	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
901	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
902	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
903	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
904	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
905	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
906	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
907	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
908	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280
909	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
910	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
911	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778
912	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
913	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
914	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
915	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
916	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
917	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	60 szt.	05909990014828
918	Famotidinum	Famogast, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990014835
919	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
920	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
921	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
922	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713
923	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416
924	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515
925	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614
926	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
927	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
928	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
929	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
930	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
931	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
932	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
933	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
934	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
935	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
936	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
937	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
938	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279
939	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
940	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
941	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503
942	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
943	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541
944	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
945	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846
946	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860
947	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
948	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853
949	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877
950	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
951	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
952	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
953	Fluconazolium	Candifluc/Fluconazolium Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804
954	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
955	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
956	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
957	Fluconazololum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
958	Fluconazololum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
959	Fluconazololum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
960	Fluconazololum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
961	Fluconazololum	Fluconazolin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
962	Fluconazololum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
963	Fluconazololum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
964	Fluconazololum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
965	Fluconazololum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
966	Fluconazololum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
967	Fluconazololum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
968	Fluconazololum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
969	Fluconazololum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
970	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
971	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
972	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
973	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
974	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
975	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
976	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
977	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
978	Fluconazololum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
979	Fluconazololum	Fluconazololum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452
980	Fluconazololum	Fluconazololum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
981	Fluconazololum	Fluconazololum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445
982	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732
983	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756
984	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763
985	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745
986	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770
987	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990869688
988	Fluconazololum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990869695
989	Fluconazololum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270
990	Fluconazololum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
991	Fluconazololum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
992	Fluconazololum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
993	Fluconazololum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
994	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
995	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
996	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
997	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
998	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
999	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
1000	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
1001	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
1002	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
1003	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
1004	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311
1005	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328
1006	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
1007	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
1008	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296
1009	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612
1010	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629
1011	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217
1012	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
1013	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
1014	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839
1015	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
1016	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
1017	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
1018	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
1019	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
1020	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
1021	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
1022	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
1023	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
1024	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
1025	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
1026	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
1027	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
1028	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
1029	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
1030	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1031	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
1032	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
1033	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
1034	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
1035	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
1036	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
1037	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
1038	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
1039	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
1040	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
1041	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
1042	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
1043	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1044	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1045	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1046	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1047	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1048	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1049	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1050	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1051	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
1052	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
1053	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
1054	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1055	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1056	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1057	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1058	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1059	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1060	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1061	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1062	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1063	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1064	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1065	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
1066	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
1067	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1068	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1069	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1070	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1071	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1072	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1073	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1074	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
1075	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1076	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1077	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1078	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsulce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1079	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsulce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1080	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1081	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1082	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1083	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
1084	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1085	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1086	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1087	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1088	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1089	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1090	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588
1091	Furosemidum	Furosemidum Polfamex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1092	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1093	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1094	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1095	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1096	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1097	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1098	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
1099	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1100	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1101	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1102	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
1103	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1104	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1105	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1106	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1107	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
1108	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1109	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1110	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1111	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1112	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1113	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1114	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1115	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	0590999050317
1116	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1117	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1118	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1119	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1120	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410
1121	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870
1122	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1123	Icatibantum	Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991469306
1124	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1125	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Ateectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531
1126	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Ateectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548
1127	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Ateectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524
1128	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053
1129	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639
1130	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1131	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1132	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
1133	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1134	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1135	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1136	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1137	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1138	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
1139	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
1140	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1141	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1142	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717
1143	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fioł.po 10 ml	05909990008483
1144	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1145	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1146	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1147	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
1148	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
1149	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
1150	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
1151	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
1152	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
1153	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
1154	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
1155	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
1156	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
1157	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
1158	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
1159	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
1160	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
1161	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
1162	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
1163	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
1164	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
1165	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
1166	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
1167	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
1168	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
1169	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
1170	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
1171	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
1172	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j/ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1173	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m/ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1174	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m/ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1175	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m/ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
1176	Ipratropii bromidum	Atrotil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
1177	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1178	Ipratropii bromidum	Atrovent, plyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1179	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
1180	Itraconazolom	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1181	Itraconazolom	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1182	Itraconazolom	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1183	Itraconazolom	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1184	Itraconazolom	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1185	Itraconazolom	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1186	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539
1187	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
1188	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzenia roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1189	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112
1190	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1191	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1192	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1193	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1194	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1195	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1196	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514
1197	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990760718
1198	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1199	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1200	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1201	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1202	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1203	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331
1204	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348
1205	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355
1206	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324
1207	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05902020241591
1208	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 150 mg	56 szt.	05902020241607
1209	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 200 mg	56 szt.	05902020241614
1210	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powl., 50 mg	14 szt.	05902020241584
1211	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1212	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1213	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 200 mg	56 tabl.	04260598450564
1214	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powl., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1215	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powl., 100 mg	56 szt.	05909991358358

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1216	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1217	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1218	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1219	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	05909991384234
1220	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	05909991384241
1221	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	05909991384258
1222	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	05909991384197
1223	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505
1224	Lamotryginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1225	Lamotryginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1226	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1227	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
1228	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1229	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1230	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1231	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1232	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1233	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1234	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
1235	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1236	Lamotryginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1237	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1238	Lamotryginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1239	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1240	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1241	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1242	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1243	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1244	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1245	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
1246	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1247	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1248	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1249	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1250	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1251	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1252	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1253	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
1254	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
1255	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
1256	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
1257	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
1258	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1259	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
1260	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1261	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1262	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1263	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1264	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1265	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1266	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
1267	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213
1268	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1269	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1270	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
1271	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1272	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1273	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
1274	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1275	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1276	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05995327191980
1277	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05995327192031
1278	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05995327192079
1279	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1280	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1281	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1282	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991510466
1283	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1284	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1285	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1286	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1287	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1288	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powl., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1289	Levetiracetamum	Kepra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1290	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1291	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1292	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
1293	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1294	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1295	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1296	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1297	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1298	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1299	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
1300	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1301	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1302	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1303	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1304	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1305	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
1306	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1307	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1308	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1309	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1310	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1311	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1312	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1313	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1314	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1315	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1316	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1317	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1318	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1319	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
1320	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
1321	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497
1322	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602
1323	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640
1324	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886
1325	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1326	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1327	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1328	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1329	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1330	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1331	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1332	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1333	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1334	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1335	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1336	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1337	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1338	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	08595566452292
1339	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1340	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1341	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1342	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1343	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1344	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1345	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1346	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1347	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1348	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1349	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
1350	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1351	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1352	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1353	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991060589
1354	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1355	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105
1356	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781720
1357	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1358	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1359	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1360	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
1361	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
1362	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
1363	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1364	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
1365	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
1366	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
1367	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
1368	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
1369	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
1370	Levothyroxinum natriicum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
1371	Levothyroxinum natriicum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
1372	Levothyroxinum natriicum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
1373	Levothyroxinum natriicum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
1374	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1375	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1376	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1377	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1378	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1379	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1380	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1381	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1382	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1383	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1384	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1385	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1386	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1387	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1388	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1389	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1390	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1391	Levothyroxinum natriicum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1392	Levothyroxinum natriicum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1393	Levothyroxinum natriicum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1394	Levothyroxinum natriicum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1395	Levothyroxinum natriicum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1396	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1397	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1398	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1399	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
1400	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1401	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1402	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1403	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1404	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1405	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1406	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1407	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1408	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
1409	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
1410	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
1411	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1412	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1413	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1414	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1415	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1416	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1417	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1418	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1419	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1420	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1421	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1422	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1423	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1424	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1425	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
1426	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
1427	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
1428	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
1429	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940
1430	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1431	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990621439
1432	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1433	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1434	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1435	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1436	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1437	Lurasidonum	Latuda, tabl. powl., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1438	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1439	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1440	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812
1441	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1442	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101
1443	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963
1444	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1445	Meloxicamum	AgJan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1446	Meloxicamum	AgJan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006
1447	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1448	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262
1449	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279
1450	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powł., 15 mg	20 szt.	05909990431168
1451	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418
1452	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425
1453	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406
1454	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420
1455	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354
1456	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1457	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1458	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
1459	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
1460	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915
1461	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
1462	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1463	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1464	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1465	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1466	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1467	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1468	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
1469	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1470	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
1471	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
1472	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1473	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1474	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1475	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1476	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1477	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1478	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1479	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
1480	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1481	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1482	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1483	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1484	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1485	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1486	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1487	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1488	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1489	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1490	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1491	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1492	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1493	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1494	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1495	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1496	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1497	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1498	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1499	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1500	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1501	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1502	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1503	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141
1504	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172
1505	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257
1506	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271
1507	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	07613421049317
1508	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324
1509	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331
1510	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	07613421049256
1511	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1512	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270
1513	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	07613421049287
1514	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294
1515	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300
1516	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991352400
1517	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991352417
1518	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1519	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1520	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1521	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1522	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1523	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1524	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1525	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1526	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1527	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1528	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1529	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1530	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248
1531	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990789276
1532	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990789290
1533	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1534	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
1535	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1536	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1537	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1538	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990789306
1539	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1540	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1541	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1542	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1543	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1544	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1545	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1546	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1547	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1548	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1549	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1550	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1551	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1552	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1553	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1554	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1555	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1556	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1557	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1558	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1559	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1560	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1561	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1562	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1563	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984
1564	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
1565	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1566	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1567	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	04013054024331
1568	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212
1569	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990457229
1570	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1571	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1572	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990457311
1573	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990457328
1574	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powl., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1575	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1576	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1577	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1578	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1579	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1580	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1581	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1582	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763
1583	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1584	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991271701
1585	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1586	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749
1587	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558
1588	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1589	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
1590	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497
1591	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510
1592	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1593	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
1594	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
1595	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
1596	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
1597	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086
1598	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116
1599	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147
1600	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161
1601	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215
1602	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253
1603	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277
1604	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291
1605	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1606	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1607	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1608	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1609	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1610	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1611	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1612	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1613	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1614	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1615	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1616	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1617	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1618	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1619	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1620	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1621	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1622	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1623	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1624	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1625	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1626	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1627	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1628	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1629	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1630	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1631	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1632	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1633	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1634	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1635	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1636	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1637	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1638	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1639	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1640	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1641	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1642	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1643	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1644	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1645	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1646	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1647	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1648	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1649	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1650	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1651	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1652	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
1653	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
1654	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051
1655	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068
1656	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082
1657	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
1658	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112
1659	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1660	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143
1661	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
1662	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174
1663	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181
1664	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235
1665	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242
1666	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297
1667	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
1668	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020
1669	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
1670	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021
1671	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038
1672	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198
1673	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204
1674	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181
1675	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235
1676	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242
1677	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259
1678	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266
1679	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
1680	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
1681	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
1682	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
1683	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220
1684	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
1685	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
1686	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
1687	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
1688	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
1689	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718
1690	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1691	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1692	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483
1693	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1694	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962
1695	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1696	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1697	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1698	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813
1699	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1700	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1701	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
1702	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
1703	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1704	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1705	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1706	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599
1707	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909991449568
1708	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575
1709	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582
1710	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991500269
1711	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991500207
1712	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991500221
1713	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991500245
1714	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fioł.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
1715	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fioł. po 10 ml	05909991061210
1716	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fioł. po 10 ml	05909991061227
1717	Mometasoni fluoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991195366
1718	Mometasoni fluoras	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1719	Mometasoni fluoras	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
1720	Mometasoni fluoras	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1721	Mometasoni fluoras	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1722	Mometasoni fluoras	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1723	Mometasoni fluoras	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1724	Mometasoni fluoras	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1725	Mometasoni fluoras	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
1726	Mometasoni fluoras	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688
1727	Mometasoni fluoras	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
1728	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
1729	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
1730	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
1731	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990881734

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1732	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
1733	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
1734	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
1735	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
1736	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
1737	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
1738	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
1739	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
1740	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
1741	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
1742	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
1743	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
1744	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
1745	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
1746	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
1747	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
1748	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
1749	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991472023
1750	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991472030
1751	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
1752	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
1753	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
1754	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090
1755	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
1756	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
1757	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
1758	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
1759	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
1760	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
1761	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
1762	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
1763	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
1764	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
1765	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
1766	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
1767	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
1768	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1769	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
1770	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
1771	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
1772	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
1773	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425
1774	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
1775	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
1776	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
1777	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
1778	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993
1779	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563
1780	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268
1781	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
1782	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208
1783	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1784	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1785	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1786	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1787	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1788	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1789	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
1790	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
1791	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
1792	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435
1793	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
1794	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
1795	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
1796	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
1797	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
1798	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
1799	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
1800	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
1801	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
1802	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818
1803	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685
1804	Naproxenum natriicum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438
1805	Naproxenum natriicum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1806	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515
1807	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543
1808	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782
1809	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799
1810	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805
1811	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836
1812	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
1813	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
1814	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
1815	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912
1816	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
1817	Nimesulidum	Aulin, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz. po 2 g	05909990411436
1818	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320
1819	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337
1820	Nimesulidum	Nimesil, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
1821	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
1822	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
1823	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
1824	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
1825	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
1826	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781
1827	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743
1828	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799
1829	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843
1830	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881
1831	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751
1832	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106
1833	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343
1834	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991461294
1835	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300
1836	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592
1837	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622
1838	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076
1839	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666
1840	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649
1841	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526
1842	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1843	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
1844	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
1845	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
1846	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
1847	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
1848	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365
1849	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593
1850	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341
1851	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586
1852	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
1853	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
1854	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
1855	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
1856	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
1857	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
1858	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
1859	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
1860	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
1861	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
1862	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
1863	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05901878600451
1864	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870
1865	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
1866	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
1867	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
1868	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218
1869	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126
1870	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
1871	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539
1872	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186
1873	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
1874	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
1875	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
1876	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805
1877	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782
1878	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367
1879	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1880	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241
1881	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258
1882	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000
1883	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265
1884	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910
1885	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343
1886	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350
1887	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265
1888	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272
1889	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942
1890	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258
1891	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927
1892	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
1893	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911
1894	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812
1895	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
1896	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
1897	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
1898	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
1899	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
1900	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
1901	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
1902	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
1903	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
1904	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
1905	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
1906	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
1907	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826
1908	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
1909	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
1910	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
1911	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
1912	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
1913	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
1914	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
1915	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184
1916	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1917	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
1918	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
1919	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
1920	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
1921	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
1922	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
1923	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
1924	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
1925	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
1926	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
1927	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
1928	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
1929	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
1930	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
1931	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
1932	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
1933	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
1934	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
1935	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
1936	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
1937	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
1938	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
1939	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
1940	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
1941	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
1942	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
1943	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709
1944	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011
1945	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
1946	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581
1947	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
1948	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
1949	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
1950	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
1951	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
1952	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
1953	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1954	Omeprazolom	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
1955	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
1956	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
1957	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
1958	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
1959	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
1960	Omeprazolom	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
1961	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612
1962	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
1963	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
1964	Omeprazolom	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
1965	Omeprazolom	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467
1966	Omeprazolom	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511
1967	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
1968	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
1969	Omeprazolom	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
1970	Omeprazolom	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
1971	Omeprazolom	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
1972	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
1973	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
1974	Omeprazolom	Progastim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450
1975	Omeprazolom	Uitop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
1976	Omeprazolom	Uitop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359
1977	Omeprazolom	Uitop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533
1978	Ondansetronum	Atossa, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990744510
1979	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
1980	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
1981	Ondansetronum	Setronon, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990994717
1982	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
1983	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 4 mg	10 szt.	05909990001811
1984	Ondansetronum	Zofran, tabl. powl., 8 mg	10 szt.	05909990001910
1985	Oxcarbazeplinum	Karbagen, tabl. powl., 150 mg	50 szt.	05909990048809
1986	Oxcarbazeplinum	Karbagen, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990048823
1987	Oxcarbazeplinum	Karbagen, tabl. powl., 600 mg	50 szt.	05909990048854
1988	Oxcarbazeplinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
1989	Oxcarbazeplinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
1990	Oxcarbazeplinum	Trileptal, tabl. powl., 300 mg	50 szt.	05909990825615



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1991	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
1992	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
1993	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1994	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
1995	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
1996	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769
1997	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247
1998	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407
1999	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568
2000	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
2001	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
2002	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
2003	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
2004	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
2005	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
2006	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
2007	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
2008	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
2009	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
2010	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
2011	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
2012	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
2013	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
2014	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
2015	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164
2016	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
2017	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
2018	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
2019	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
2020	Pantoprazolum	Contix, tabl. powł., 20 mg	112 szt.	05909991246525
2021	Pantoprazolum	Contix, tabl. powł., 40 mg	112 szt.	05909991246532
2022	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767
2023	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774
2024	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842
2025	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859
2026	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
2027	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2028	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
2029	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
2030	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640
2031	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732
2032	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
2033	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
2034	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
2035	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
2036	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967
2037	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974
2038	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789
2039	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796
2040	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
2041	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
2042	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
2043	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371
2044	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
2045	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
2046	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
2047	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
2048	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
2049	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
2050	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
2051	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
2052	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
2053	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
2054	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
2055	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
2056	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
2057	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
2058	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
2059	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334
2060	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372
2061	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681
2062	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
2063	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179
2064	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2065	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
2066	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
2067	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
2068	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
2069	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
2070	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
2071	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
2072	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
2073	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
2074	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
2075	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
2076	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223
2077	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916
2078	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
2079	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012
2080	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
2081	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
2082	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
2083	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
2084	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
2085	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
2086	Posaconazolium	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
2087	Posaconazolium	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
2088	Posaconazolium	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
2089	Posaconazolium	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
2090	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
2091	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
2092	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
2093	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
2094	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
2095	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
2096	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
2097	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2098	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
2099	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
2100	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
2101	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2102	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2103	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543
2104	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2105	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2106	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2107	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2108	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2109	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2110	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2111	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2112	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2113	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
2114	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2115	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2116	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2117	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2118	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2119	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2120	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2121	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909991033507
2122	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590
2123	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2124	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2125	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farnapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2126	Pyridostigmini bromidum	Mestion, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2127	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 100 mg	60 tabl.	05909990910762
2128	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 200 mg	60 tabl.	05909990910779
2129	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 25 mg	30 tabl.	05909990897780
2130	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2131	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2132	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2133	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2134	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2135	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2136	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2137	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990806362
2138	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990806386

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2139	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990806355
2140	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990722365
2141	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990722426
2142	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990722327
2143	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2144	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2145	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990055531
2146	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2147	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2148	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2149	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2150	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2151	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2152	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990058778
2153	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2154	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233
2155	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990058754
2156	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2157	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196
2158	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2159	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2160	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2161	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2162	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2163	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901
2164	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963
2165	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020
2166	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758
2167	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2168	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2169	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2170	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2171	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2172	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2173	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2174	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2175	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2176	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2177	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2178	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2179	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2180	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990965335
2181	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2182	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2183	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2184	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2185	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2186	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2187	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2188	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2189	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2190	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2191	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2192	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2193	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2194	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2195	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2196	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180
2197	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258
2198	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005
2199	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2200	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2201	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2202	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2203	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2204	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2205	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2206	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2207	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2208	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2209	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2210	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2211	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2212	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2213	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2214	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2215	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
2216	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2217	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016
2218	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2219	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
2220	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2221	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2222	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2223	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787
2224	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2225	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
2226	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2227	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2228	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	0590999024653
2229	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	0590999024608
2230	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	0590999024646
2231	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2232	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2233	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2234	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2235	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2236	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2237	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2238	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2239	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2240	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2241	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100
2242	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2243	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2244	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2245	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2246	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2247	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2248	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2249	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2250	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2251	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2252	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2253	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2254	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2255	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2256	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2257	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2258	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2259	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2260	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2261	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2262	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2263	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2264	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2265	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2266	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2267	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2268	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2269	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2270	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2271	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2272	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2273	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2274	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2275	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 zestaw	05909991457952
2276	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	1 zestaw	05909991457921
2277	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 zestaw	05909991457891
2278	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524
2279	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2280	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2281	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2282	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2283	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2284	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2285	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609
2286	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
2287	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
2288	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
2289	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2290	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2291	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2292	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2293	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2294	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2295	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2296	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2297	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2298	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2299	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2300	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2301	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2302	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2303	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2304	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2305	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2306	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2307	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2308	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2309	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2310	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2311	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605
2312	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612
2313	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158
2314	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2315	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2316	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579
2317	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586
2318	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415
2319	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2320	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2321	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2322	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2323	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950
2324	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2325	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981
2326	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2327	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2328	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2329	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2330	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2331	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2332	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2333	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2334	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2335	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2336	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2337	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2338	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2339	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2340	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2341	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304
2342	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2343	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2344	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2345	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533
2346	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2347	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2348	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2349	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2350	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786
2351	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2352	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106
2353	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182
2354	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743
2355	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781
2356	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2357	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927
2358	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009
2359	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061
2360	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606
2361	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
2362	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
2363	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
2364	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
2365	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
2366	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
2367	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
2368	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
2369	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
2370	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
2371	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
2372	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
2373	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	0590999077785
2374	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079
2375	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333
2376	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839
2377	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109
2378	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340
2379	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
2380	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914
2381	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010
2382	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
2383	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
2384	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
2385	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
2386	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
2387	Salbutamololum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
2388	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
2389	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
2390	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
2391	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardech, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
2392	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
2393	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2394	Sertraline	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685
2395	Sertraline	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692
2396	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739
2397	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654
2398	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317
2399	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991483807
2400	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218
2401	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368
2402	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344
2403	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615
2404	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622
2405	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660
2406	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516
2407	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523
2408	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561
2409	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621
2410	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690
2411	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163
2412	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040
2413	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963
2414	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925
2415	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990994816
2416	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215
2417	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116
2418	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472
2419	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982
2420	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
2421	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
2422	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
2423	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532
2424	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655
2425	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991019723
2426	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991019945
2427	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110
2428	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219
2429	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318
2430	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2431	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124
2432	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650
2433	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667
2434	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273
2435	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297
2436	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334
2437	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990731565
2438	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990731671
2439	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591
2440	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812
2441	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829
2442	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031
2443	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
2444	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
2445	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
2446	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012
2447	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111
2448	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714
2449	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114
2450	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213
2451	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990055722
2452	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215
2453	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314
2454	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913
2455	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026
2456	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124
2457	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
2458	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
2459	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
2460	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
2461	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
2462	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
2463	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
2464	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
2465	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
2466	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
2467	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2468	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
2469	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
2470	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
2471	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
2472	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
2473	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
2474	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat doustny, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521
2475	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232
2476	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263
2477	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294
2478	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331
2479	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
2480	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304
2481	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000
2482	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
2483	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
2484	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
2485	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
2486	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
2487	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
2488	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
2489	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
2490	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
2491	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
2492	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217
2493	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
2494	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
2495	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
2496	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
2497	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
2498	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
2499	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748
2500	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
2501	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
2502	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2503	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
2504	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
2505	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
2506	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533
2507	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
2508	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
2509	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
2510	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
2511	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
2512	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
2513	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
2514	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
2515	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
2516	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
2517	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
2518	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
2519	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
2520	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
2521	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
2522	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
2523	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
2524	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
2525	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
2526	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
2527	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
2528	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
2529	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
2530	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
2531	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
2532	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
2533	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
2534	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
2535	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
2536	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
2537	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
2538	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
2539	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2540	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
2541	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
2542	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
2543	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
2544	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
2545	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
2546	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
2547	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
2548	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
2549	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
2550	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
2551	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
2552	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
2553	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
2554	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
2555	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
2556	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
2557	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
2558	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
2559	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
2560	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
2561	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
2562	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
2563	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
2564	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
2565	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
2566	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
2567	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
2568	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
2569	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
2570	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
2571	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
2572	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
2573	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
2574	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
2575	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
2576	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2577	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
2578	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104
2579	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
2580	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
2581	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
2582	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839
2583	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846
2584	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822
2585	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991267131
2586	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
2587	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
2588	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
2589	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
2590	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
2591	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
2592	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
2593	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
2594	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt.	05909990671410
2595	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
2596	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990649594
2597	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990649617
2598	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990649556
2599	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990649570
2600	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495
2601	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464
2602	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488
2603	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471
2604	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169
2605	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084
2606	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145
2607	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019
2608	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118
2609	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814
2610	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913
2611	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496
2612	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502
2613	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2614	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489
2615	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
2616	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
2617	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
2618	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
2619	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
2620	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
2621	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
2622	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
2623	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
2624	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
2625	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
2626	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
2627	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
2628	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819
2629	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
2630	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
2631	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
2632	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
2633	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
2634	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
2635	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
2636	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
2637	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691
2638	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707
2639	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
2640	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
2641	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
2642	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
2643	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
2644	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
2645	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
2646	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
2647	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
2648	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
2649	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
2650	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2651	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
2652	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
2653	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
2654	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
2655	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
2656	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
2657	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
2658	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
2659	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
2660	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
2661	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
2662	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
2663	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
2664	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
2665	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
2666	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
2667	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
2668	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
2669	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
2670	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
2671	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
2672	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
2673	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
2674	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
2675	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
2676	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
2677	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
2678	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
2679	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949
2680	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956
2681	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
2682	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
2683	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
2684	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
2685	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
2686	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
2687	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2688	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
2689	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
2690	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
2691	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
2692	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446
2693	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
2694	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
2695	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352
2696	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082
2697	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381
2698	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991345815
2699	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991345785
2700	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763
2701	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695
2702	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
2703	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
2704	Valsartanum	Diovan, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990929214
2705	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067
2706	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081
2707	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159
2708	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961
2709	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985
2710	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
2711	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
2712	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
2713	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983
2714	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990
2715	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147
2716	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991460914
2717	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	30 szt.	05909991483036
2718	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
2719	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853
2720	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860
2721	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608
2722	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455
2723	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990804580

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2724	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990804542
2725	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
2726	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
2727	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
2728	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
2729	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2730	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2731	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2732	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2733	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2734	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2735	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2736	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2737	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
2738	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
2739	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
2740	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
2741	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2742	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2743	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374
2744	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
2745	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
2746	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2747	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
2748	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2749	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2750	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2751	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2752	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2753	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2754	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2755	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2756	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2757	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
2758	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
2759	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2760	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
2761	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2762	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2763	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2764	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2765	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2766	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2767	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
2768	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2769	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2770	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2771	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2772	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2773	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2774	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2775	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2776	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419
2777	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
2778	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310
2779	Vigabatrinum	Sabril, granulata do sporządzenia roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
2780	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818
2781	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177
2782	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536
2783	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2784	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
2785	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871
2786	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061
2787	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
2788	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
2789	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229
2790	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729
2791	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828

D 2. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 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	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
14	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156
15	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112
16	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673
17	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
19	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
20	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
22	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
23	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
24	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 360 mg	120 szt.	05909991227319
25	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
28	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
29	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
30	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
31	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
32	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
33	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blist.)	05909990694327
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
40	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
41	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392
42	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163
43	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388
44	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994
45	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
46	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
47	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
48	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786
49	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021
50	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462
51	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
52	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711
53	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768
54	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494
55	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293
56	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952
57	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	03838989699352
58	Agomelatinum	Symago, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991391423
59	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
60	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576
61	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945
62	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714
63	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816
64	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
65	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
66	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
67	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529
68	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604
69	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628
70	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654
72	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
73	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
74	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912
75	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
76	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
77	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990086818
78	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
79	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
80	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
81	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
82	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
83	Amisulpridum	Amisan, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990762996
84	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
85	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991348649
86	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
87	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207
88	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214
89	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05909990840915
90	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909990841011
91	Amisulpridum	Solian, tabl. powl., 400 mg	30 szt.	05909991471248
92	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816
93	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991452261
94	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991466114
95	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773
96	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803
97	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
98	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
99	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
100	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
101	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
102	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
103	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636
104	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
105	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
106	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759
107	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
108	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
109	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
110	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097
111	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
112	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991
113	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
114	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
115	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
116	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
117	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
118	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020
119	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
120	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
121	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
122	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
123	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013
124	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
125	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
126	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
127	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
128	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
129	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
130	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
131	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
132	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
133	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
134	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
135	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
136	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920
137	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838
138	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746
139	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288
140	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384
141	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257
142	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377
143	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226
144	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powl., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
145	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339
146	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347
147	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330
148	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610
149	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634
150	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627
151	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
152	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
153	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
154	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
155	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
156	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
157	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
158	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
159	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
160	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
161	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
162	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
163	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
164	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
165	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
166	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
167	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990788453
168	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powł., 750 mg	20 szt.	05909990788477
169	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361
170	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874
171	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
172	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990293124
173	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 750 mg	16 szt.	05909990293223
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 50 ml	05901797711108
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 sasz.	05903060615908
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
222	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
223	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
224	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
225	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432
226	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162
227	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991457808
228	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711
229	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029
230	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148
231	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991464288
232	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040
233	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396
234	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576
235	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547
236	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818
237	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715
238	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
239	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
240	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
241	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
242	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
243	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
244	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 szt.	05909990002337
245	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 szt.	05909990002382
246	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
247	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
248	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
249	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
250	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
251	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
252	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
253	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
254	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
255	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
256	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
257	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
258	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
259	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
260	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
261	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
262	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
263	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
264	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
265	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
266	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526
267	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
268	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
269	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
270	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
271	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
272	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
273	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
274	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
275	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blistrach perforowanych)	05909991270223
276	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951
277	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850
278	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690
279	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713
280	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836
281	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850
282	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
283	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
284	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
285	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
286	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710
287	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727
288	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
289	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
290	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
291	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
292	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
293	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
294	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
295	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
296	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696
297	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
298	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
299	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
300	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
301	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
302	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717
303	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
304	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
305	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586
306	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609
307	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647
308	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647
309	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815
310	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173
311	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914
312	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806
313	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282
314	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299
315	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464
316	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471
317	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488
318	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336
319	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374
320	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (butelka)	05909990938926
321	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 40 mg	30 szt. (butelka)	05909990938995
322	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710
323	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991321611
324	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991321659
325	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896
326	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902
327	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
328	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926
329	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933
330	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940
331	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053
332	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920
333	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951
334	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975
335	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275
336	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305
337	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336
338	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459
339	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655
340	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662
341	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686
342	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730
343	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792
344	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853
345	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
346	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
347	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
348	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
349	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400
350	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530
351	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547
352	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992
353	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
354	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
355	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
356	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
357	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508
358	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539
359	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553
360	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638
361	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652
362	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676
363	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782
364	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
365	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867
366	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097
367	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103
368	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976
369	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134
370	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042
371	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141
372	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290
373	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368
374	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436
375	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443
376	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071
377	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
378	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
379	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
380	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
381	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
382	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
383	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
384	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
385	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
386	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
387	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911
388	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935
389	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997
390	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112
391	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
392	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
393	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810
394	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816
395	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
396	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
397	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876
398	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738
399	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997214023
400	Azithromycinum	AzitraLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997223537
401	Azithromycinum	AzitraLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
402	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030
403	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997223551
404	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
405	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
406	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
407	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
408	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319
409	Azithromycinum	Azycyna, granulad do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566
410	Azithromycinum	Azycyna, granulad do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573
411	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
412	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520
413	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608
414	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
415	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
416	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318
417	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
418	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214
419	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417
420	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
421	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbrow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156
422	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
423	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
424	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
425	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
426	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
427	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
428	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990118915
429	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990119011
430	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990118816
431	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216
432	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988
433	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995
434	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625
435	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682
436	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
437	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
438	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
439	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
440	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
441	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
442	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
443	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769
444	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
445	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
446	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
447	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
448	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
449	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
450	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
451	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
452	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991447311
453	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991066529
454	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991066420
455	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991197049
456	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991197056
457	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991197063
458	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991197070
459	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
460	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
461	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
462	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
463	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990633852
464	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990633869
465	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990633791
466	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909990633807
467	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501
468	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600
469	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991097523
470	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909991097554
471	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991097400
472	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powl., 5 mg	60 szt.	05909991097448
473	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
474	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
475	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
476	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
477	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
478	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
479	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
480	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
481	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
482	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
483	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
484	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
485	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333
486	Bromocriptinum	Bromocom, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
487	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
488	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
489	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
490	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
491	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
492	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
493	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
494	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
495	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
496	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
497	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
498	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
499	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
500	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
501	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
502	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
503	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
504	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314
505	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439
506	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
507	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
508	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
509	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
510	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
511	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
512	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
513	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
514	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
515	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
516	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
517	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
518	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
519	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
520	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
521	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
522	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
523	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
524	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
525	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
526	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
527	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
528	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
529	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
530	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
531	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
532	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
533	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087
534	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
535	Buprenorphinum	Transec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sas.z.po 1 szt.)	05909990966127
536	Buprenorphinum	Transec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sas.z.po 1 szt.)	05909990966226
537	Buprenorphinum	Transec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sas.z.po 1 szt.)	05909990966325
538	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
539	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
540	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
541	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
542	Busulfanum	Myleran, tabl. powl., 2 mg	25 szt.	05909990277919
543	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249
544	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
545	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
546	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
547	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
548	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
549	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
550	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599
551	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
552	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
553	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816
554	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823
555	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106
556	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109
557	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
558	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991466602
559	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
560	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
561	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
562	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
563	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
564	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
565	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
566	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057
567	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
568	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
569	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
570	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
571	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
572	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
573	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
574	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
575	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
576	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
577	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876
578	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
579	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
580	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
581	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
582	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
583	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
584	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
585	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
586	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666
587	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
588	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
589	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
590	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544
591	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732
592	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510
593	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140
594	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
595	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
596	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
597	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027
598	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
599	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
600	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
601	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832
602	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076
603	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764
604	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014
605	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391
606	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445
607	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255
608	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279
609	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170
610	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194
611	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300
612	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324
613	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667
614	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011
615	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112
616	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977
617	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908
618	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
619	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
620	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
621	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209
622	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
623	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
624	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629
625	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702
626	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051
627	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360
628	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907
629	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596
630	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 szt.	05909991058609
631	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185
632	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222
633	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260
634	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147
635	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178
636	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840
637	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130
638	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833
639	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
640	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
641	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
642	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
643	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
644	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
645	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
646	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
647	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
648	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
649	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
650	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056
651	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155
652	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230
653	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
654	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
655	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
656	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
657	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074129
658	Carvedilolum	Avedol, tabl. powl., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
659	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
660	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
661	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
662	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
663	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
664	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
665	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
666	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
667	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
668	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
669	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
670	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
671	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
672	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
673	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
674	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
675	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
676	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
677	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
678	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
679	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712
680	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411
681	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428
682	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510
683	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527
684	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910
685	Cefaclorum	Ceclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927
686	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
687	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
688	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
689	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
690	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840
691	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857
692	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697
693	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703
694	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145
695	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152
696	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
697	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190
698	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831
699	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855
700	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991353483
701	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991353490
702	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
703	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
704	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
705	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
706	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331
707	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355
708	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362
709	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416
710	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386
711	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409
712	Cefuroxim	Furocef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991231194
713	Cefuroxim	Furocef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991231217
714	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
715	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951
716	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
717	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456
718	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991265328
719	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383
720	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946
721	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390
722	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953
723	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620
724	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637
725	Cefuroxim	Zinnat, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
726	Cefuroxim	Zinnat, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
727	Cefuroxim	Zinnat, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812
728	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213
729	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312
730	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411
731	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435
732	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575
733	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991399290

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
734	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212
735	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203
736	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093
737	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077
738	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118
739	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997210605
740	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932
741	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949
742	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641
743	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997
744	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062
745	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093
746	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966
747	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161
748	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729
749	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736
750	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793
751	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
752	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
753	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119
754	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441
755	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250
756	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725
757	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
758	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672
759	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991457020
760	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515
761	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637
762	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618
763	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
764	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409
765	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416
766	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017
767	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116
768	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
769	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
770	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
771	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
772	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
773	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
774	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
775	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
776	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
777	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
778	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
779	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585
780	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
781	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
782	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
783	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
784	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
785	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990678648
786	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909990678655
787	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990678679
788	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667
789	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
790	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803
791	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612
792	Ciprofloxacinum	Ciphin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990499113
793	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414
794	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216
795	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514
796	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964
797	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012
798	Ciprofloxacinum	Proxacin 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991033514
799	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613
800	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626
801	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010
802	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546
803	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
804	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
805	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
806	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
807	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
808	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532
809	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549
810	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710
811	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727
812	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
813	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
814	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819
815	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826
816	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419
817	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117
818	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416
819	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438
820	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520
821	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537
822	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544
823	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207
824	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
825	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
826	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
827	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
828	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp. po 2 ml	05909990067510
829	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
830	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800
831	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997196497
832	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
833	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916
834	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012
835	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
836	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
837	Clopamidum	Clopamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012
838	Clopidogrelum	Agrexex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748
839	Clopidogrelum	Agrexex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949
840	Clopidogrelum	Agrexex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005
841	Clopidogrelum	Agrexex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991448318
842	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011
843	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826
844	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991492205

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
845	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141
846	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388
847	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667
848	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730
849	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729
850	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475
851	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382
852	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219
853	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
854	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705
855	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
856	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
857	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
858	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
859	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443
860	Clozapinum	Symcloza, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991373467
861	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382
862	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
863	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fioł.	05909990366514
864	Collagenasum	Irxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
865	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.	1 fioł. proszku + 1 fioł. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
866	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
867	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814
868	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476
869	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483
870	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk, 0,5 ml z igłą	05909991302108
871	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783
872	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844
873	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806
874	Dabigatranum etexilatam	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851
875	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260
876	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453
877	Dabigatranum etexilatam	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252
878	Dabigatranum etexilatam	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05907594033269
879	Dabigatranum etexilatam	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283
880	Dabigatranum etexilatam	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05907594033290
881	Dabigatranum etexilatam	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
882	Danazolium	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339
883	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884
884	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869
885	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp.-strz. rozp.	05909990774852
886	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647
887	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838
888	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852
889	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
890	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654
891	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678
892	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
893	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611
894	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991359454
895	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991359478
896	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	08901175035427
897	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
898	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
899	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
900	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
901	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
902	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
903	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533
904	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540
905	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991480172
906	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991480189
907	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785
908	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792
909	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548
910	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
911	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
912	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
913	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
914	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
915	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729
916	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
917	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
918	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
919	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603
920	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
921	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
922	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
923	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
924	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
925	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
926	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
927	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909990145317
928	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120
929	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137
930	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	05909990753017
931	Diclofenacum natricum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	05909990753024
932	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	05909990074044
933	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010
934	Diclofenacum natricum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909991026516
935	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
936	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910
937	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122
938	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119
939	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
940	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
941	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990482917
942	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt.	05909990483310
943	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909990213214
944	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
945	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
946	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
947	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380
948	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413
949	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420
950	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314
951	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873
952	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141
953	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781
954	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492
955	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990683666



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
956	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018
957	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912
958	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138
959	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077
960	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360
961	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353
962	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560
963	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842
964	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940
965	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933
966	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204
967	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075
968	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314
969	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215
970	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306
971	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313
972	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
973	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
974	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962
975	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
976	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
977	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
978	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
979	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
980	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
981	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
982	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
983	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
984	Dorzolamidum + Timololum	Oftidorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
985	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000955
986	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
987	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
988	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
989	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
990	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
991	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909990901890
992	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909990902255

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
993	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 szt.	05909990902293
994	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
995	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
996	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
997	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
998	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
999	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
1000	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
1001	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
1002	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
1003	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
1004	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
1005	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
1006	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
1007	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
1008	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
1009	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797
1010	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
1011	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
1012	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
1013	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
1014	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
1015	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
1016	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
1017	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
1018	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
1019	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
1020	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267
1021	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
1022	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
1023	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
1024	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130
1025	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161
1026	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638
1027	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645
1028	Duloxetineum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
1029	Duloxetineum	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1030	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
1031	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
1032	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
1033	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
1034	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
1035	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
1036	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
1037	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210
1038	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
1039	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
1040	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
1041	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
1042	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
1043	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
1044	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
1045	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
1046	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277
1047	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
1048	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
1049	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369
1050	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
1051	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752
1052	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
1053	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
1054	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
1055	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
1056	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
1057	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
1058	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
1059	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
1060	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
1061	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696
1062	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351
1063	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495
1064	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501
1065	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715
1066	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1067	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509
1068	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
1069	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
1070	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
1071	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
1072	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
1073	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
1074	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
1075	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
1076	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
1077	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
1078	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
1079	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
1080	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
1081	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
1082	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
1083	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
1084	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
1085	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
1086	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
1087	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
1088	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
1089	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517
1090	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160
1091	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
1092	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
1093	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
1094	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
1095	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
1096	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
1097	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
1098	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
1099	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
1100	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
1101	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (blister)	05909990876280
1102	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
1103	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1104	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt. (blister)	05909990876778
1105	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
1106	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
1107	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
1108	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetatas	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411
1109	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powl., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219
1110	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 szasz.	05909990447619
1111	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718
1112	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991441678
1113	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powl., 1 mg	28 szt.	05909990823215
1114	Estradiolum	Estrofem, tabl. powl., 2 mg	28 szt.	05909990330713
1115	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559
1116	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214
1117	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powl., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073
1118	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powl., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316
1119	Estradiolum + Norethisteroni acetatas	Kliogest, tabl. powl., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717
1120	Estradiolum + Norethisteroni acetatas	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717
1121	Estradiolum + Norethisteroni acetatas	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816
1122	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210
1123	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
1124	Ethosuximidum	Petimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
1125	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654
1126	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357
1127	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845
1128	Exemestanum	Glandex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990812202
1129	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489
1130	Ezetimibum	Esetin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991388669
1131	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303
1132	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310
1133	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
1134	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229
1135	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450
1136	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407
1137	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416
1138	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909990996902
1139	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
1140	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1141	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
1142	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557
1143	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564
1144	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571
1145	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828
1146	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835
1147	Febuxostatam	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562
1148	Febuxostatam	Adenuric, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990761548
1149	Febuxostatam	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607
1150	Febuxostatam	Denofix, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391522
1151	Febuxostatam	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942
1152	Febuxostatam	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391874
1153	Febuxostatam	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145
1154	Febuxostatam	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152
1155	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918
1156	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819
1157	Fenofibrate	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496
1158	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526
1159	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974
1160	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065
1161	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
1162	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
1163	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
1164	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
1165	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500
1166	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609
1167	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339
1168	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708
1169	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807
1170	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173
1171	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
1172	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947
1173	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817
1174	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917
1175	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342
1176	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
1177	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1178	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
1179	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965
1180	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989
1181	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009
1182	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713
1183	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416
1184	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515
1185	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614
1186	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011
1187	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035
1188	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059
1189	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
1190	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
1191	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
1192	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
1193	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
1194	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
1195	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
1196	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
1197	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
1198	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
1199	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
1200	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
1201	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279
1202	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
1203	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
1204	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503
1205	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
1206	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541
1207	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
1208	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396
1209	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402
1210	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419
1211	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426
1212	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647
1213	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685
1214	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1215	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777
1216	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593
1217	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821
1218	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846
1219	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860
1220	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
1221	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853
1222	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877
1223	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
1224	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
1225	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
1226	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949
1227	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987
1228	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990055470
1229	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990906154
1230	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770
1231	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670
1232	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797
1233	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127
1234	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141
1235	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288
1236	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391
1237	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045
1238	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218
1239	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311
1240	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571
1241	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601
1242	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973
1243	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895
1244	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997
1245	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267
1246	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274
1247	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110
1248	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105
1249	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871
1250	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842
1251	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1252	Fluconazolium	Candifluc/Fluconazolium Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804
1253	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
1254	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
1255	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
1256	Fluconazolium	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
1257	Fluconazolium	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
1258	Fluconazolium	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
1259	Fluconazolium	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
1260	Fluconazolium	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
1261	Fluconazolium	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
1262	Fluconazolium	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
1263	Fluconazolium	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
1264	Fluconazolium	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
1265	Fluconazolium	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
1266	Fluconazolium	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
1267	Fluconazolium	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
1268	Fluconazolium	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
1269	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
1270	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
1271	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
1272	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
1273	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
1274	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
1275	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
1276	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
1277	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
1278	Fluconazolium	Fluconazolium Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452
1279	Fluconazolium	Fluconazolium Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
1280	Fluconazolium	Fluconazolium Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445
1281	Fluconazolium	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732
1282	Fluconazolium	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756
1283	Fluconazolium	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909990869763
1284	Fluconazolium	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745
1285	Fluconazolium	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770
1286	Fluconazolium	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990869688
1287	Fluconazolium	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990869695
1288	Fluconazolium	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1289	Fluconazolium	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
1290	Fluconazolium	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
1291	Fluconazolium	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
1292	Fluconazolium	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
1293	Fluconazolium	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
1294	Fluconazolium	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
1295	Fluconazolium	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
1296	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
1297	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
1298	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
1299	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
1300	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
1301	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
1302	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
1303	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311
1304	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328
1305	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
1306	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
1307	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296
1308	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612
1309	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629
1310	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217
1311	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635
1312	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
1313	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
1314	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839
1315	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
1316	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
1317	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
1318	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
1319	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
1320	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
1321	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
1322	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
1323	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
1324	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
1325	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1326	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
1327	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
1328	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
1329	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
1330	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
1331	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
1332	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
1333	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
1334	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
1335	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
1336	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
1337	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
1338	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
1339	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
1340	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
1341	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
1342	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
1343	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1344	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1345	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1346	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1347	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1348	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1349	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1350	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1351	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
1352	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
1353	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
1354	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
1355	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1356	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1357	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1358	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1359	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1360	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1361	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1362	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1363	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1364	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1365	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
1366	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
1367	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
1368	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1369	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1370	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1371	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1372	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1373	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1374	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
1375	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1376	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1377	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1378	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1379	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1380	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1381	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1382	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1383	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
1384	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1385	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inh., zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. a 120 daw.	05000456071505
1386	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1387	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1388	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1389	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1390	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1391	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588
1392	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1393	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1394	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
1395	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1396	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1397	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1398	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1399	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1400	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1401	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1402	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1403	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
1404	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1405	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1406	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1407	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1408	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
1409	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155
1410	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162
1411	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912
1412	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023
1413	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
1414	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127
1415	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224
1416	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231
1417	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100
1418	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131
1419	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230
1420	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299
1421	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305
1422	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186
1423	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193
1424	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648
1425	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392
1426	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408
1427	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817
1428	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916
1429	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012
1430	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111
1431	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082
1432	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105
1433	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129
1434	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143
1435	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
1436	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1437	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
1438	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
1439	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453
1440	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521
1441	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078
1442	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146
1443	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207
1444	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348
1445	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355
1446	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362
1447	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196
1448	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379
1449	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
1450	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1451	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909990156825
1452	Glyceroli trinitras	Sustomit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
1453	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882
1454	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210
1455	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197
1456	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595
1457	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564
1458	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212
1459	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315
1460	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1461	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1462	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1463	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1464	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1465	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1466	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1467	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1468	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1469	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1470	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1471	Icatibantum	Icatibant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05055565774410
1472	Icatibantum	Icatibant Fresenius, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991485870
1473	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1474	Icatibantum	Icatibant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991469306
1475	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1476	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921
1477	Indakaterol + Glikopironium bromek + Mometazonu fuoinian	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 mg	30 szt. (30 x 1)	07613421044596
1478	Indakaterol + Mometazonu fuoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 mg	30 szt.	07613421045531
1479	Indakaterol + Mometazonu fuoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 mg	30 szt.	07613421045548
1480	Indakaterol + Mometazonu fuoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 mg	30 szt.	07613421045524
1481	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
1482	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
1483	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398
1484	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
1485	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
1486	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
1487	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
1488	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
1489	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182
1490	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801
1491	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849
1492	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993
1493	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
1494	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053
1495	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639
1496	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1497	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1498	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
1499	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
1500	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1501	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1502	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1503	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1504	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
1505	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
1506	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1507	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1508	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1509	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
1510	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqa, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948
1511	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqa, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924
1512	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1513	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1514	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1515	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1516	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
1517	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
1518	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
1519	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
1520	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
1521	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
1522	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
1523	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
1524	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
1525	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
1526	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
1527	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
1528	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
1529	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
1530	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
1531	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
1532	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
1533	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
1534	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
1535	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
1536	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
1537	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
1538	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
1539	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
1540	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
1541	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1542	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1543	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1544	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
1545	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1546	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1547	Ipratropii bromidum	Atrovent, plyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
1548	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
1549	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powl., 10 mg	60 szt.	05909990010516
1550	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909991011727
1551	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990010622
1552	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010714
1553	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991011529
1554	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1555	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1556	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1557	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1558	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1559	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1560	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991427764
1561	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991452278
1562	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991465377
1563	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991351274
1564	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511
1565	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285
1566	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046
1567	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613
1568	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927
1569	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05901878600772
1570	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991264710
1571	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789
1572	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734
1573	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991348762
1574	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991322779
1575	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786
1576	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991398606
1577	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991398620
1578	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991298586
1579	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654
1580	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991329785
1581	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 5 mg	112 szt.	05909991329822
1582	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powl., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1583	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891
1584	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349
1585	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370
1586	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539
1587	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulaty musujące, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz. po 3 g	05909990269310
1588	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1589	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112
1590	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1591	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1592	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps. miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1593	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1594	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1595	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1596	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514
1597	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990760718
1598	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1599	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205
1600	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907
1601	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212
1602	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938
1603	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229
1604	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969
1605	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990650521
1606	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620
1607	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697
1608	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563
1609	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549
1610	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1611	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1612	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1613	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1614	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331
1615	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743348
1616	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743355
1617	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl. w blistrze	05055565743324
1618	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05902020241591
1619	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05902020241607

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1620	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05902020241614
1621	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05902020241584
1622	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1623	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1624	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	04260598450564
1625	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1626	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1627	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1628	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1629	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1630	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	05909991384234
1631	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	05909991384241
1632	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	05909991384258
1633	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	05909991384197
1634	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505
1635	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1636	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1637	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1638	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
1639	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1640	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1641	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1642	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1643	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1644	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1645	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
1646	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1647	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1648	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1649	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1650	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614
1651	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515
1652	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1653	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1654	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1655	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1656	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1657	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1658	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
1659	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1660	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1661	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1662	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1663	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1664	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
1665	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1666	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
1667	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
1668	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
1669	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
1670	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
1671	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1672	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
1673	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1674	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1675	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1676	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1677	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1678	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1679	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
1680	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213
1681	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1682	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1683	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
1684	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1685	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1686	Leflunomidum	Arava, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
1687	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1688	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1689	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05995327191980
1690	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05995327192031
1691	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05995327192079
1692	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1693	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	04037353015388

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1694	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1695	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466
1696	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1697	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718
1698	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923
1699	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201
1700	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256
1701	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111
1702	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138
1703	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145
1704	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683
1705	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751
1706	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057
1707	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3,6 mg	1 implant	05909990836246
1708	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277
1709	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582
1710	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
1711	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1712	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1713	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1714	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1715	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
1716	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1717	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1718	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
1719	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1720	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1721	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1722	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1723	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1724	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1725	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
1726	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1727	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1728	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1729	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1730	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1731	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
1732	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1733	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1734	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1735	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1736	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1737	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1738	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1739	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1740	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1741	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1742	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1743	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1744	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1745	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
1746	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
1747	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497
1748	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602
1749	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640
1750	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886
1751	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1752	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1753	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1754	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1755	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1756	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1757	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1758	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1759	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1760	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1761	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1762	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1763	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1764	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	08595566452292
1765	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1766	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1767	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1768	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1769	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1770	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1771	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1772	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1773	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1774	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1775	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
1776	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1777	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1778	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1779	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991060589
1780	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1781	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105
1782	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781720
1783	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1784	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1785	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018
1786	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723
1787	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117
1788	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912
1789	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624
1790	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510
1791	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216
1792	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282
1793	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206
1794	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237
1795	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145
1796	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314
1797	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215
1798	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1799	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
1800	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
1801	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
1802	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
1803	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
1804	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1805	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
1806	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
1807	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
1808	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
1809	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
1810	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
1811	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
1812	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
1813	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1814	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1815	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1816	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1817	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1818	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1819	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1820	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1821	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1822	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1823	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1824	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1825	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1826	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1827	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1828	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1829	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1830	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1831	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1832	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1833	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1834	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1835	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1836	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1837	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1838	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
1839	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
1840	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1841	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1842	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1843	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1844	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1845	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1846	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1847	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
1848	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
1849	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
1850	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803
1851	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685
1852	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520
1853	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
1854	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
1855	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
1856	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1857	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1858	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1859	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1860	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1861	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1862	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1863	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1864	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1865	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1866	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1867	Losartan potassium	Losacor, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1868	Losartanum	Cozaar, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1869	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powl., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612
1870	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1871	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
1872	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
1873	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
1874	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powl., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
1875	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991296940
1876	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1877	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990621439
1878	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990573905

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1879	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1880	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1881	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853
1882	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785
1883	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723
1884	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747
1885	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761
1886	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655
1887	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679
1888	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693
1889	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513
1890	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392
1891	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339
1892	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360
1893	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565
1894	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484
1895	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980
1896	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894
1897	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641
1898	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1899	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1900	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1901	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1902	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1903	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, masć, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812
1904	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1905	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101
1906	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963
1907	Medroxyprogesteroni acetat	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514
1908	Medroxyprogesteroni acetat	Provera, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990236411
1909	Megestrol acetat	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608
1910	Megestrol acetat	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627
1911	Megestrol acetat	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519
1912	Megestrol acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977
1913	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1914	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1915	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1916	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1917	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262
1918	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279
1919	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powł., 15 mg	20 szt.	05909990431168
1920	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418
1921	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425
1922	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990612406
1923	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990612420
1924	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354
1925	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1926	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1927	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
1928	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
1929	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915
1930	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
1931	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1932	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1933	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1934	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1935	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1936	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1937	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
1938	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1939	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
1940	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
1941	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1942	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1943	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815
1944	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1945	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1946	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1947	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1948	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
1949	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1950	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1951	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but. po 60 ml	05909990970117
1952	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1953	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1954	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1955	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1956	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1957	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1958	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1959	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1960	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1961	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1962	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990765430
1963	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1964	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1965	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1966	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1967	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1968	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1969	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1970	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1971	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1972	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141
1973	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172
1974	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257
1975	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271
1976	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	07613421049317
1977	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	07613421049324
1978	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	07613421049331
1979	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	07613421049256
1980	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	07613421049263
1981	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	07613421049270
1982	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	07613421049287
1983	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	07613421049294
1984	Metformini hydrochloridum	Etform SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	07613421049300
1985	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991352400
1986	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991352417
1987	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1988	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1989	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1990	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1991	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1992	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1993	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1994	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1995	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1996	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1997	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1998	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1999	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248
2000	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990789276
2001	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990789290
2002	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
2003	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
2004	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
2005	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
2006	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
2007	Metformini hydrochloridum	Glucophage, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990789306
2008	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
2009	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
2010	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
2011	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
2012	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
2013	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
2014	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
2015	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
2016	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
2017	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
2018	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
2019	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
2020	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
2021	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
2022	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
2023	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
2024	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
2025	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
2026	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2027	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474
2028	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726
2029	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
2030	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
2031	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
2032	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990220984
2033	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
2034	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
2035	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
2036	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331
2037	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990457212
2038	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990457229
2039	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236
2040	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348
2041	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990457311
2042	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990457328
2043	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335
2044	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
2045	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
2046	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
2047	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
2048	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
2049	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
2050	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
2051	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763
2052	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
2053	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991271701
2054	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
2055	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991271749
2056	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991453558
2057	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
2058	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
2059	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991453497
2060	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991453510
2061	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
2062	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
2063	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2064	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
2065	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
2066	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086
2067	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116
2068	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147
2069	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161
2070	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215
2071	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253
2072	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277
2073	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291
2074	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917
2075	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013
2076	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016
2077	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
2078	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
2079	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
2080	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
2081	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
2082	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
2083	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
2084	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
2085	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
2086	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
2087	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
2088	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
2089	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
2090	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
2091	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
2092	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
2093	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
2094	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867
2095	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
2096	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
2097	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
2098	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
2099	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
2100	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2101	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
2102	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
2103	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
2104	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
2105	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
2106	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
2107	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
2108	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
2109	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
2110	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
2111	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
2112	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
2113	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
2114	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
2115	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
2116	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
2117	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
2118	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
2119	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
2120	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
2121	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
2122	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
2123	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
2124	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
2125	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
2126	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051
2127	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068
2128	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082
2129	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
2130	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112
2131	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129
2132	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143
2133	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
2134	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174
2135	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181
2136	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235
2137	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2138	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297
2139	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
2140	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020
2141	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
2142	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
2143	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
2144	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
2145	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
2146	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220
2147	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
2148	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
2149	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
2150	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
2151	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
2152	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718
2153	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
2154	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
2155	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
2156	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
2157	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991120962
2158	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
2159	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991379391
2160	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
2161	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813
2162	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909990764242
2163	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 60 mg	30 szt.	05909991064525
2164	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
2165	Mianserinum	Lerivon, tabl. powl., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
2166	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	20 szt.	05909991124311
2167	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990796618
2168	Mianserinum	Miansec, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990796625
2169	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
2170	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
2171	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990094813
2172	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990966813
2173	Moclobemidum	Moklar, tabl. powl., 150 mg	30 szt.	05909990953714
2174	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991195366

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2175	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
2176	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
2177	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
2178	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
2179	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
2180	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
2181	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
2182	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
2183	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688
2184	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
2185	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
2186	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
2187	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
2188	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990881734
2189	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
2190	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
2191	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
2192	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
2193	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
2194	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
2195	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
2196	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
2197	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
2198	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
2199	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
2200	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
2201	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
2202	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
2203	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
2204	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
2205	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
2206	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991472023
2207	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991472030
2208	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
2209	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
2210	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
2211	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2212	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
2213	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
2214	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
2215	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
2216	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
2217	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
2218	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
2219	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
2220	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
2221	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
2222	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
2223	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
2224	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237
2225	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
2226	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
2227	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
2228	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
2229	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
2230	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425
2231	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
2232	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzenia zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
2233	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
2234	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
2235	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993
2236	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsułki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563
2237	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt. (blister)	05909990715268
2238	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
2239	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208
2240	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419
2241	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426
2242	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
2243	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
2244	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
2245	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
2246	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
2247	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
2248	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2249	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
2250	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
2251	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
2252	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435
2253	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
2254	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
2255	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
2256	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
2257	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
2258	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
2259	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
2260	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
2261	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
2262	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818
2263	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685
2264	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	20 szt.	05909990615438
2265	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 275 mg	60 szt.	05909990948536
2266	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909990624515
2267	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909990948543
2268	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	10 szt.	05909991023782
2269	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	20 szt.	05909991023799
2270	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	30 szt.	05909991023805
2271	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powl., 550 mg	60 szt.	05909991023836
2272	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powl., 35 mg	4 szt.	05909990082599
2273	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
2274	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
2275	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
2276	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912
2277	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
2278	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552
2279	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290
2280	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425
2281	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456
2282	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495
2283	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
2284	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
2285	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2286	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
2287	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
2288	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185
2289	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719
2290	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865
2291	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597
2292	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300
2293	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047
2294	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172
2295	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997
2296	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000
2297	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
2298	Nimesulidum	Aulin, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz. po 2 g	05909990411436
2299	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320
2300	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337
2301	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338
2302	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778
2303	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785
2304	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754
2305	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761
2306	Norethisteroni acetat + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794
2307	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
2308	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
2309	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
2310	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
2311	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
2312	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powł., 200 mg	10 szt.	05909990111213
2313	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781
2314	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743
2315	Olanzapinum	Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799
2316	Olanzapinum	Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843
2317	Olanzapinum	Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881
2318	Olanzapinum	Anzarin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751
2319	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106
2320	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343
2321	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991461294
2322	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2323	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592
2324	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622
2325	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076
2326	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666
2327	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649
2328	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526
2329	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
2330	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
2331	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
2332	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
2333	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
2334	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
2335	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365
2336	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593
2337	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341
2338	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586
2339	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389
2340	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
2341	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
2342	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
2343	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
2344	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
2345	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
2346	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
2347	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
2348	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
2349	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
2350	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05901878600451
2351	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870
2352	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
2353	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
2354	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
2355	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218
2356	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126
2357	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
2358	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539
2359	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2360	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
2361	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
2362	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
2363	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805
2364	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782
2365	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367
2366	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374
2367	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241
2368	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258
2369	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000
2370	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265
2371	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910
2372	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350
2373	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265
2374	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272
2375	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942
2376	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258
2377	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927
2378	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343
2379	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
2380	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911
2381	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812
2382	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
2383	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
2384	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
2385	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
2386	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
2387	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
2388	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
2389	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
2390	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
2391	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
2392	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
2393	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
2394	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826
2395	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
2396	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2397	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
2398	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
2399	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
2400	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
2401	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
2402	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184
2403	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737
2404	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
2405	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
2406	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
2407	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
2408	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
2409	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
2410	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
2411	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
2412	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
2413	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
2414	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
2415	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
2416	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
2417	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
2418	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
2419	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
2420	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
2421	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
2422	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
2423	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
2424	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
2425	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
2426	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
2427	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
2428	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
2429	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
2430	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709
2431	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011
2432	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
2433	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2434	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
2435	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
2436	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
2437	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
2438	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
2439	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
2440	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
2441	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439
2442	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034
2443	Omeprazolom	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
2444	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
2445	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
2446	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
2447	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537
2448	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
2449	Omeprazolom	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
2450	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612
2451	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
2452	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
2453	Omeprazolom	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
2454	Omeprazolom	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467
2455	Omeprazolom	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511
2456	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
2457	Omeprazolom	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
2458	Omeprazolom	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
2459	Omeprazolom	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
2460	Omeprazolom	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
2461	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
2462	Omeprazolom	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
2463	Omeprazolom	Progestim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450
2464	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
2465	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359
2466	Omeprazolom	Ultop, kaps. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990796533
2467	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510
2468	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
2469	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
2470	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2471	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
2472	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811
2473	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910
2474	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809
2475	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
2476	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
2477	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
2478	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
2479	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
2480	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
2481	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
2482	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
2483	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
2484	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofam, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
2485	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769
2486	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247
2487	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407
2488	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568
2489	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
2490	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
2491	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
2492	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
2493	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
2494	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
2495	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
2496	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
2497	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
2498	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
2499	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
2500	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
2501	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
2502	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
2503	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
2504	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425
2505	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432
2506	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449
2507	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2508	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677
2509	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783
2510	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899
2511	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561
2512	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366
2513	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472
2514	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595
2515	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878
2516	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164
2517	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
2518	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
2519	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
2520	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
2521	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 20 mg	112 szt.	05909991246525
2522	Pantoprazolum	Contix, tabl. powl., 40 mg	112 szt.	05909991246532
2523	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767
2524	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774
2525	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842
2526	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859
2527	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
2528	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
2529	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
2530	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
2531	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640
2532	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732
2533	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
2534	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
2535	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
2536	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
2537	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967
2538	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974
2539	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789
2540	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796
2541	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
2542	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552
2543	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
2544	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2545	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
2546	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
2547	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
2548	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
2549	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
2550	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
2551	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
2552	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
2553	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
2554	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
2555	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
2556	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
2557	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
2558	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
2559	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
2560	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334
2561	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372
2562	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681
2563	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
2564	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179
2565	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109
2566	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877
2567	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884
2568	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615
2569	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646
2570	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346
2571	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189
2572	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202
2573	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310
2574	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515
2575	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217
2576	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
2577	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
2578	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
2579	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
2580	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
2581	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2582	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
2583	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
2584	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715
2585	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685
2586	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678
2587	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647
2588	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600
2589	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290
2590	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344
2591	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311
2592	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990336081
2593	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990337774
2594	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554
2595	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547
2596	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523
2597	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400
2598	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332
2599	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387
2600	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301
2601	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
2602	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
2603	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powl., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
2604	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powl., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
2605	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
2606	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
2607	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
2608	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223
2609	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916
2610	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powl., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
2611	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powl., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012
2612	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205
2613	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
2614	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
2615	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
2616	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
2617	Piribedilum	Pronoran, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320
2618	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2619	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
2620	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
2621	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
2622	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
2623	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773
2624	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582
2625	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629
2626	Pramipexolum	Opryme, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667
2627	Prednisolonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
2628	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
2629	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
2630	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
2631	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
2632	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
2633	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
2634	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2635	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990093350
2636	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990093367
2637	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	0590999009282
2638	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	0590999009299
2639	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2640	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543
2641	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2642	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
2643	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2644	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2645	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2646	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2647	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2648	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2649	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2650	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
2651	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2652	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2653	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2654	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2655	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2656	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2657	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2658	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909991033507
2659	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590
2660	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2661	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2662	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2663	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2664	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 100 mg	60 tabl.	05909990910762
2665	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 200 mg	60 tabl.	05909990910779
2666	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 25 mg	30 tabl.	05909990897780
2667	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2668	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2669	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2670	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2671	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2672	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2673	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2674	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990806362
2675	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990806386
2676	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990806355
2677	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990722365
2678	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990722426
2679	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990722327
2680	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2681	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2682	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990055531
2683	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630
2684	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2685	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2686	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2687	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2688	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2689	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990058778
2690	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2691	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233
2692	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990058754

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2693	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2694	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081196
2695	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2696	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2697	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2698	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2699	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2700	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901
2701	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963
2702	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020
2703	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758
2704	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2705	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2706	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2707	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2708	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2709	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2710	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2711	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2712	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2713	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2714	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2715	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2716	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2717	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990965335
2718	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2719	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2720	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2721	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2722	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265
2723	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2724	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2725	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2726	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2727	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2728	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2729	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2730	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2731	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2732	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2733	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991087180
2734	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991087258
2735	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991087005
2736	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2737	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2738	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2739	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2740	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2741	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2742	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2743	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2744	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2745	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2746	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2747	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2748	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2749	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2750	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2751	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2752	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
2753	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2754	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016
2755	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2756	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
2757	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2758	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2759	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2760	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787
2761	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2762	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
2763	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2764	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2765	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
2766	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2767	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2768	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2769	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2770	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2771	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2772	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2773	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2774	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2775	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2776	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2777	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2778	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100
2779	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2780	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2781	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2782	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2783	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2784	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2785	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2786	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2787	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2788	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2789	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2790	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2791	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2792	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
2793	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2794	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2795	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2796	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2797	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2798	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885
2799	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854
2800	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809
2801	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779
2802	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
2803	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2804	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
2805	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
2806	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
2807	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
2808	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
2809	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
2810	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
2811	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
2812	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
2813	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
2814	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520
2815	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513
2816	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506
2817	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490
2818	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118
2819	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217
2820	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233
2821	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226
2822	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312
2823	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411
2824	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2825	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2826	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2827	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2828	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156
2829	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2830	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2831	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2832	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2833	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2834	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2835	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2836	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2837	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2838	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2839	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524
2840	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2841	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2842	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2843	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2844	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2845	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2846	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609
2847	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2848	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2849	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2850	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2851	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2852	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2853	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2854	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2855	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2856	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2857	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2858	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2859	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2860	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601
2861	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663
2862	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700
2863	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145
2864	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117
2865	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386
2866	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454
2867	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762
2868	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415
2869	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 sasz.	05909991032609
2870	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sasz.	05909990066704
2871	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sasz.	05909990066766
2872	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646
2873	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684
2874	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707
2875	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738
2876	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752
2877	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2878	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844
2879	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660
2880	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691
2881	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721
2882	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745
2883	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769
2884	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806
2885	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851
2886	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048
2887	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055
2888	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079
2889	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086
2890	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147
2891	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154
2892	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178
2893	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185
2894	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981
2895	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162
2896	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179
2897	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308
2898	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322
2899	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506
2900	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544
2901	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935
2902	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942
2903	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973
2904	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000
2905	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683
2906	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000
2907	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086
2908	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607
2909	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683
2910	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775
2911	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586
2912	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982
2913	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156
2914	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2915	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985
2916	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990732074
2917	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990732227
2918	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990732333
2919	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294
2920	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355
2921	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393
2922	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085
2923	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092
2924	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108
2925	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198
2926	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204
2927	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242
2928	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582
2929	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803
2930	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971
2931	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685
2932	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890
2933	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586
2934	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968
2935	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728
2936	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612
2937	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636
2938	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781
2939	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798
2940	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804
2941	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766
2942	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773
2943	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485
2944	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780
2945	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683
2946	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874
2947	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239
2948	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321
2949	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2950	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2951	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2952	Rosuvastatinum	ApoRoza, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2953	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2954	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2955	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2956	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2957	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2958	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991519605
2959	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909991519612
2960	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158
2961	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2962	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2963	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991496579
2964	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991496586
2965	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	90 szt.	05909991509415
2966	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165
2967	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2968	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2969	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2970	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
2971	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2972	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981
2973	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2974	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2975	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2976	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2977	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2978	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2979	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2980	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2981	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2982	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2983	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2984	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2985	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2986	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2987	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2988	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powl., 10 mg	90 szt.	05909990895304

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2989	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2990	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2991	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2992	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533
2993	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2994	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2995	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2996	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2997	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786
2998	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2999	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106
3000	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182
3001	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743
3002	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781
3003	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873
3004	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927
3005	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009
3006	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061
3007	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606
3008	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
3009	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
3010	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
3011	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
3012	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
3013	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
3014	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
3015	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
3016	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
3017	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
3018	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
3019	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
3020	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785
3021	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079
3022	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333
3023	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839
3024	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109
3025	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3026	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
3027	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057
3028	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609
3029	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623
3030	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661
3031	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064
3032	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715
3033	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739
3034	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777
3035	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456
3036	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powl., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494
3037	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
3038	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
3039	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
3040	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
3041	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
3042	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
3043	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816
3044	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830
3045	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powl., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762
3046	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl. powl., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763
3047	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493
3048	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315
3049	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509
3050	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322
3051	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486
3052	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308
3053	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 100 mg	10 szt.	05909990847914
3054	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powl., 150 mg	10 szt.	05909990848010
3055	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
3056	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
3057	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
3058	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
3059	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
3060	Salbutamololum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
3061	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
3062	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3063	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
3064	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
3065	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
3066	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
3067	Selegilinum	Selgres, tabl. powl., 5 mg	50 szt.	05909990404315
3068	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901
3069	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918
3070	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956
3071	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 12 mg	28 szt.	05909991089313
3072	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 16 mg	28 szt.	05909991089412
3073	Sertindolum	Serdolect, tabl. powl., 4 mg	30 szt.	05909991089214
3074	Sertraline	Asertin 100, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990422685
3075	Sertraline	Asertin 50, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990422692
3076	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991355739
3077	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991355654
3078	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990963317
3079	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991483807
3080	Sertralinum	Asentra, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990963218
3081	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990804368
3082	Sertralinum	Miravil, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990804344
3083	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909991279615
3084	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909991279622
3085	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 100 mg	84 szt.	05909991279660
3086	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909991279516
3087	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909991279523
3088	Sertralinum	Sastium, tabl. powl., 50 mg	84 szt.	05909991279561
3089	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990046621
3090	Sertralinum	Sertagen, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990046690
3091	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990663163
3092	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990663040
3093	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	05909990571963
3094	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990571925
3095	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powl., 50 mg	30 szt.	05909990994816
3096	Sertralinum	Zolof, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990753215
3097	Sertralinum	Zolof, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990753116
3098	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 100 mg	28 szt.	05909990569472
3099	Sertralinum	Zotral, tabl. powl., 50 mg	28 szt.	05909990013982

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3100	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885
3101	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960
3102	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984
3103	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528
3104	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535
3105	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542
3106	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
3107	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
3108	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
3109	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532
3110	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655
3111	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991019723
3112	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991019945
3113	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110
3114	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219
3115	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318
3116	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025
3117	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124
3118	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650
3119	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667
3120	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273
3121	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297
3122	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334
3123	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990731565
3124	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990731671
3125	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591
3126	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812
3127	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829
3128	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031
3129	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
3130	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
3131	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
3132	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012
3133	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111
3134	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714
3135	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114
3136	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3137	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990055722
3138	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215
3139	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314
3140	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913
3141	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026
3142	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124
3143	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
3144	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210
3145	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990055920
3146	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991480509
3147	Sitagliptinum	Juzina, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907594032880
3148	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05995327182650
3149	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05995327182667
3150	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473
3151	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	03838989721466
3152	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558
3153	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803
3154	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137
3155	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970
3156	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263
3157	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05903792662294
3158	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883
3159	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991481131
3160	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991473174
3161	Sitagliptinum	Sitagliptin SUN, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991473105
3162	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05905669739351
3163	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270
3164	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657
3165	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551
3166	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998
3167	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728
3168	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739
3169	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647
3170	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771
3171	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207
3172	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139
3173	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3174	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698
3175	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557
3176	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571
3177	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265
3178	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
3179	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172
3180	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042
3181	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689
3182	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597
3183	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758
3184	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741
3185	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325
3186	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226
3187	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393
3188	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317
3189	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960
3190	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991
3191	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922
3192	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953
3193	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135
3194	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394
3195	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620
3196	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304
3197	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388
3198	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340
3199	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777
3200	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753
3201	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640
3202	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633
3203	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069
3204	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995
3205	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148
3206	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117
3207	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308
3208	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315
3209	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278
3210	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3211	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164
3212	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115
3213	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016
3214	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
3215	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
3216	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
3217	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
3218	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
3219	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
3220	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
3221	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
3222	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
3223	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
3224	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
3225	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
3226	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
3227	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
3228	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
3229	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
3230	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304
3231	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000
3232	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
3233	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
3234	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
3235	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
3236	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
3237	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
3238	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
3239	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
3240	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
3241	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
3242	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217
3243	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
3244	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
3245	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
3246	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
3247	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3248	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
3249	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420
3250	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
3251	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
3252	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957
3253	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
3254	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
3255	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
3256	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533
3257	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
3258	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
3259	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
3260	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
3261	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
3262	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
3263	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
3264	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
3265	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
3266	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
3267	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
3268	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
3269	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
3270	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
3271	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990331017
3272	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316
3273	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
3274	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
3275	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
3276	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501
3277	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726
3278	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006
3279	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794
3280	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642
3281	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598
3282	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585
3283	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592
3284	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3285	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692
3286	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991496791
3287	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991496807
3288	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196
3289	Tamsulosini hydrochloridum	Prostammic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257
3290	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007
3291	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184
3292	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382
3293	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321
3294	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709
3295	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451
3296	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400
3297	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417
3298	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386
3299	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845
3300	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948
3301	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570690
3302	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992
3303	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036
3304	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808
3305	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895
3306	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214
3307	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221
3308	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081
3309	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235
3310	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068
3311	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075
3312	Tamsulosini hydrochloridum	Urostat 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997216393
3313	Tamsulosinum	Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418
3314	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070
3315	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598
3316	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635
3317	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666
3318	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697
3319	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3320	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
3321	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
3322	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
3323	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
3324	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
3325	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
3326	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
3327	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
3328	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
3329	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
3330	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
3331	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768
3332	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867
3333	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801
3334	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
3335	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
3336	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
3337	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
3338	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436
3339	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
3340	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
3341	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
3342	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
3343	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
3344	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
3345	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
3346	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
3347	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
3348	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
3349	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
3350	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
3351	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
3352	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
3353	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
3354	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
3355	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
3356	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3357	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
3358	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
3359	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
3360	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
3361	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
3362	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
3363	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
3364	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
3365	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
3366	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
3367	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
3368	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
3369	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
3370	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
3371	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
3372	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
3373	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
3374	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
3375	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626
3376	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541
3377	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565
3378	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589
3379	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787
3380	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800
3381	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824
3382	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701
3383	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725
3384	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749
3385	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247
3386	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773
3387	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051
3388	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174
3389	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026
3390	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027
3391	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451
3392	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598
3393	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3394	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157
3395	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188
3396	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218
3397	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732
3398	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848
3399	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909
3400	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932
3401	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963
3402	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007
3403	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338
3404	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529
3405	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598
3406	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994
3407	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007
3408	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038
3409	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045
3410	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069
3411	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076
3412	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180
3413	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203
3414	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265
3415	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692
3416	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722
3417	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746
3418	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807
3419	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852
3420	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876
3421	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874
3422	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898
3423	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942
3424	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966
3425	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062
3426	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086
3427	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381
3428	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040
3429	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398
3430	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3431	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404
3432	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064
3433	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557
3434	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011
3435	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816
3436	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915
3437	Terazosinum	Kornam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119
3438	Terazosinum	Kornam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317
3439	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
3440	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
3441	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
3442	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
3443	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
3444	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
3445	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
3446	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
3447	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165
3448	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189
3449	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134
3450	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158
3451	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240
3452	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264
3453	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196
3454	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233
3455	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
3456	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
3457	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
3458	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846
3459	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
3460	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938
3461	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
3462	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907
3463	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
3464	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
3465	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594
3466	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
3467	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3468	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
3469	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
3470	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
3471	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839
3472	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846
3473	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822
3474	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991267131
3475	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
3476	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
3477	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
3478	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
3479	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
3480	Timololum	Ofensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
3481	Timololum	Ofensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
3482	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
3483	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545
3484	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276
3485	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839
3486	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111
3487	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128
3488	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998
3489	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001
3490	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt.	05909990671410
3491	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
3492	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641
3493	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271
3494	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520
3495	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235
3496	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549
3497	Tolterodini tartras	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522
3498	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642
3499	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666
3500	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680
3501	Tolterodini tartras	Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991437473
3502	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990649594
3503	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990649617

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3504	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990649556
3505	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990649570
3506	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495
3507	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464
3508	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488
3509	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471
3510	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169
3511	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084
3512	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145
3513	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019
3514	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118
3515	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814
3516	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913
3517	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496
3518	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502
3519	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472
3520	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489
3521	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
3522	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
3523	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
3524	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
3525	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
3526	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
3527	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
3528	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827
3529	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
3530	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
3531	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
3532	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
3533	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
3534	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819
3535	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
3536	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
3537	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
3538	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
3539	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
3540	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3541	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
3542	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
3543	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691
3544	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707
3545	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
3546	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
3547	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
3548	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
3549	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
3550	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
3551	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
3552	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
3553	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
3554	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
3555	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
3556	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167
3557	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
3558	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
3559	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
3560	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
3561	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
3562	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
3563	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
3564	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
3565	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
3566	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
3567	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
3568	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
3569	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
3570	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
3571	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
3572	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
3573	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
3574	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
3575	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
3576	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
3577	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3578	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
3579	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
3580	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
3581	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
3582	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
3583	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
3584	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
3585	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949
3586	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956
3587	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
3588	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
3589	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
3590	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
3591	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
3592	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
3593	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
3594	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
3595	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
3596	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
3597	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
3598	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446
3599	Triptorelinum	Dipherefine 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
3600	Triptorelinum	Dipherefine SR 3,75 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915
3601	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553
3602	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
3603	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
3604	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984
3605	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigenis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352
3606	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082
3607	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381
3608	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991345815
3609	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991345785
3610	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763
3611	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695
3612	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3613	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
3614	Valsartanum	Diovan, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990929214
3615	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067
3616	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081
3617	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159
3618	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961
3619	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985
3620	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
3621	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
3622	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
3623	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983
3624	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990
3625	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147
3626	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991460914
3627	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	30 szt.	05909991483036
3628	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
3629	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853
3630	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860
3631	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608
3632	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455
3633	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990804580
3634	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990804542
3635	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
3636	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
3637	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
3638	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
3639	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837
3640	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875
3641	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783
3642	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255
3643	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864
3644	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949
3645	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833
3646	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989
3647	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008
3648	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107
3649	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3650	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176
3651	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244
3652	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927
3653	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941
3654	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246
3655	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253
3656	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260
3657	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277
3658	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284
3659	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291
3660	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464
3661	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501
3662	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192
3663	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208
3664	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239
3665	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132
3666	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262
3667	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961
3668	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005
3669	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
3670	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
3671	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351
3672	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
3673	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
3674	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
3675	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
3676	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
3677	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
3678	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
3679	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
3680	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879
3681	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
3682	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
3683	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
3684	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
3685	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
3686	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3687	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
3688	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
3689	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
3690	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
3691	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
3692	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
3693	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
3694	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
3695	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
3696	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
3697	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
3698	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
3699	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
3700	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
3701	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
3702	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
3703	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
3704	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
3705	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
3706	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
3707	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
3708	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
3709	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
3710	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
3711	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
3712	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
3713	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
3714	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
3715	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
3716	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
3717	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	0590999040971
3718	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	0590999040995
3719	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419
3720	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
3721	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310
3722	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzenia roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
3723	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
3724	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076
3725	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	28 szt.	07613421058876
3726	Vildagliptinum	Galvus, tabl., 50 mg	56 szt.	07613421058883
3727	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991492724
3728	Vildagliptinum	Gliptivil, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991492731
3729	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385
3730	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556
3731	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570
3732	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863
3733	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887
3734	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434
3735	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403
3736	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	05909991496999
3737	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	05909991496975
3738	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248
3739	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powl., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255
3740	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powl., 200 mg	20 szt.	05909991063177
3741	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powl., 200 mg	30 szt.	05055565731536
3742	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05702150155153
3743	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05702150155146
3744	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
3745	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
3746	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
3747	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	1 fiol.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909991047061
3748	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
3749	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
3750	Zuclopendixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229
3751	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powl., 10 mg	100 szt.	05909990126729
3752	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990126828

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 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	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
2	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
3	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
4	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
5	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
6	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747
7	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505
8	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800
9	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
10	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144
11	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205
12	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696
13	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
14	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
15	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
16	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
17	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
18	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
19	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
20	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
21	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
22	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
23	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
24	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
25	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
26	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
27	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
28	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
29	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
30	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
31	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733

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, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
33	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
34	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445615
35	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445714
36	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909990445813
37	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
38	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
39	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
40	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
41	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
48	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
49	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
50	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
51	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
52	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
53	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
54	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
55	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
56	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
57	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
58	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
59	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
60	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
61	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
62	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
63	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
64	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
65	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
66	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
67	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
68	Enoxaparinum natricum	Clexane, 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	60 daw.	05909990851416
88	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
89	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
90	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
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	120 szt.	05909990938001
95	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
96	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
97	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
98	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
99	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
100	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
101	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
102	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
103	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
104	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
105	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
106	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
125	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
126	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
130	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
131	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
132	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
133	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusol, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
134	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusol, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
135	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
136	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
137	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, proszek do inhalacji, podzielony, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
138	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
139	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 12 µg	180 szt.	07613421020934
140	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
141	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 12 µg	60 szt.	05909990975914
142	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
143	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
144	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt.	05909991218287
145	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt.	05909991218294
146	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 meg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
147	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
148	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
149	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
150	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 12 µg	120 szt.	05909990996681
151	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
152	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
153	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
154	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
155	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
156	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
157	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
158	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991369668
159	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
160	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
161	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
162	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
163	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
164	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717
165	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
166	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
167	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
168	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
169	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
170	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
171	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
172	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
173	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
174	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
175	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
176	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
177	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
178	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
179	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
180	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
181	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
182	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
183	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
184	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
185	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
186	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
187	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
188	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
189	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
190	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
191	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
192	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
193	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
194	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
195	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
196	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
197	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
198	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
199	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerosol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
200	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerosol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
201	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
202	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerosol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
203	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
204	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
205	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
206	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
207	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzenia zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
208	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzenia zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
209	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
210	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
211	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
212	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
213	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
214	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
215	Lamotryginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
216	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
217	Lamotryginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
218	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
219	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
220	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
221	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
222	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
223	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
224	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
225	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
226	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
227	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
228	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
229	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
230	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
231	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
232	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 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, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
236	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957
237	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
238	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
239	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
240	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
241	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
242	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
243	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
244	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
245	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
246	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
247	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
248	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
249	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
250	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
251	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
252	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
253	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
254	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
255	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497
256	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602
257	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640
258	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886
259	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
260	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
261	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
262	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
263	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
264	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
265	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
266	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
267	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
268	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
269	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
270	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
271	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991439699
272	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991439705
273	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991439712
274	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991439729
275	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991439736
276	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
277	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
278	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991439774
279	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991439675
280	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991439682
281	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
282	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
283	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
284	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
285	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
286	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
287	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
288	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
289	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
290	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
291	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
292	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
293	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
294	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
295	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
296	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
297	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
298	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
299	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
300	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
301	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
302	Levothyroxinum natriicum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
303	Levothyroxinum natriicum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
304	Levothyroxinum natriicum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
305	Levothyroxinum natriicum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
306	Levothyroxinum natriicum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
307	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
308	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
309	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
310	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
311	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
312	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
313	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
314	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
315	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
316	Metoprololi tartas	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
317	Metoprololi tartas	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
318	Metoprololi tartas	Metoprolol Medreg, tabl. powl., 100 mg	30 szt.	08595566452483
319	Montelukastum	Asmenol, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
320	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
321	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
322	Montelukastum	Astmodil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990881734
323	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
324	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
325	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
326	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
327	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
328	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
329	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
330	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
331	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
332	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
333	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
334	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
335	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
336	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
337	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
338	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
339	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
340	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991472023
341	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991472030
342	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
343	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
344	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
345	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090
346	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
347	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
348	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
349	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
350	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
351	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
352	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
353	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
354	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
355	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
356	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
357	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809
358	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
359	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
360	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
361	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
362	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
363	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
364	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
365	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
366	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
367	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
368	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
369	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
370	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
371	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
372	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
373	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
374	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
375	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
376	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
377	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
378	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
379	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
380	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
381	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
382	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
383	Salbutamololum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
384	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
385	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
386	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
387	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
388	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
389	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
390	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352

## F 1. Technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Axicabtagene ciloleucel	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487
2	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439
3	Cannabidiolum	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. 100 ml	05055813900103
4	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 150+100 mg	28 szt.	00351167136102
5	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 75+50 mg	28 szt.	00351167144404
6	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kafrio, tabl. powł., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902
7	Patiromer calcium	Veltassa, proszek do sporządzenia zawiesiny doustnej, 8,4 mg	30 sas.	07640166811459
8	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 <sup>6</sup> – 6 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388



## F 2. Technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662
2	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991487430
3	Enfortumabum vedotini	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991487447
4	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046
5	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033
6	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040
7	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138
8	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043
9	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012
10	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029
11	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036
12	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508
13	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696
14	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083
15	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090
16	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106
17	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113
18	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120
19	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137
20	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144
21	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151
22	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168
23	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175
24	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182
25	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199
26	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820
27	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837
28	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844
29	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851
30	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868
31	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875
32	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882
33	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899
34	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905
35	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912
36	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
37	Sacituzumabum govitecanum	Trodely, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816
38	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322
39	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529
40	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536
41	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694

G 1. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920
2	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
3	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
4	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
5	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
6	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
7	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
8	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
9	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
10	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
11	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
12	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
13	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
14	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
15	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
16	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
17	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
18	Amoxicillinum	Amotaks, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
19	Amoxicillinum	Amotaks, granulata do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
20	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
21	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
22	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
23	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
24	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
25	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
26	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
27	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
28	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
29	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
30	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
31	Atorvastatinum	Atorvasteryl, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
32	Atorvastatinum	Atorvasteryl, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
33	Atorvastatinum	Atorvasteryl, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
34	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
35	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
36	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
37	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
38	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520
39	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
40	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
41	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140
42	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
43	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
44	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
45	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027
46	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
47	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
48	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
49	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
50	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
51	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
52	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
53	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
54	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129
55	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
56	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
57	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzenia roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
58	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzenia roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
59	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzenia roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
60	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840
61	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857
62	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697
63	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703
64	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
65	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
66	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119
67	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441
68	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514
69	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964
70	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011
72	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
73	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
74	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
75	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
76	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
77	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
78	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
79	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewk a 2,5 ml	05909990751518
80	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewk a 2,5 ml	05909990751617
81	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
82	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
83	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
84	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
85	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
86	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
87	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
88	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
89	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
90	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
91	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
92	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
93	Ezetimibum	Ezechron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
94	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
95	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
96	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
97	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828
98	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835
99	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
100	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
101	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
102	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
103	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500
104	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609
105	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339
106	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708
107	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
108	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173
109	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
110	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
111	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
112	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
113	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
114	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
115	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
116	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
117	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
118	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
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	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
123	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
124	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
125	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
126	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
127	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
128	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
129	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
130	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
131	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
132	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
133	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
134	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
135	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
136	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
137	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
138	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
139	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
140	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593
141	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
142	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726
143	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733
144	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
145	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
146	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
147	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
148	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
149	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
150	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
151	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
152	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
153	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
154	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
155	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
156	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
157	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948
158	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962
159	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051
160	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391
161	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
162	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
163	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
164	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
165	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
166	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
167	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
168	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
169	Naproxenum natriicum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438
170	Naproxenum natriicum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536
171	Naproxenum natriicum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515
172	Naproxenum natriicum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543
173	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
174	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
175	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
176	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
177	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
178	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
179	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
180	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
181	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
182	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737
183	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
184	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
185	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
186	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
187	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
188	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
189	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
190	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
191	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
192	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
193	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
194	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
195	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
196	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
197	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
198	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
199	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
200	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
201	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
202	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
203	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
204	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
205	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
206	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
207	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
208	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
209	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709
210	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011
211	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
212	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581
213	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
214	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
215	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
216	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
217	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
218	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
219	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
220	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
221	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
222	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
223	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
224	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
225	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
226	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
227	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
228	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
229	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123
230	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
231	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
232	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590
233	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651
234	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583
235	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675
236	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
237	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
238	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
239	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
240	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
241	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
242	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
243	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
244	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
245	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
246	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
247	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
248	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
249	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
250	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
251	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
252	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
253	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
254	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
255	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
256	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
257	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
258	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950
259	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
260	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981
261	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
262	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574
263	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
264	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
265	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
266	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
267	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
268	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
269	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
270	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
271	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
272	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
273	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
274	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
275	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
276	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
277	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
278	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
279	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
280	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
281	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914
282	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010
283	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025
284	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124
285	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
286	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
287	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
288	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137
289	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970
290	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657
291	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551
292	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
293	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
294	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325
295	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226
296	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
297	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
298	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
299	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
300	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
301	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
302	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
303	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
304	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
305	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
306	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
307	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
308	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
309	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
310	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
311	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
312	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
313	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
314	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
315	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
316	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
317	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
318	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
319	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
320	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
321	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
322	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
323	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
324	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
325	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
326	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
327	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
328	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419
329	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
330	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310
331	Voriconazolium	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177

G 2. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
3	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
4	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
5	Aripirazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
6	Aripirazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
7	Aripirazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
8	Aripirazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
9	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
10	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
11	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
12	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
13	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
14	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
15	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
16	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
17	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
18	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
19	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558
20	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172
21	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042
22	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
23	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
24	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351